Э. Фуллер Торри

ШИЗОФРЕНИЯ

книга
в помощь врачам,
пациентам
и членам их семей

ПИТЕР

Э. ФУЛЛЕР ТОРРИ

ШИЗОФРЕНИЯ

книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей

Санкт-Петербург
Москва * Харьков ■ Минск
1997

Э. Фуллер Торри

ШИЗОФРЕНИЯ

Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей

издание 2-е, исправленное

Перевел с английского Д. Рапопорт

Главный редактор	*В. Усманов*
Заведующий редакцией	*П. Алесов*
Редактор	*Н. Мигаловская*
Научный редактор	*В. Точилов*
Художественные редакторы	*П. Кудряшов, С. Лебедев*
Художник	*С. Борин*
Корректор	*Л. Арнаутова*
Оригинал-макет подготовила	*Н. Мигаловская*

ББК 56.14 УДК 616.895.8

Фуллер Торри Э.

Ф94 Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. — СПб: Питер Пресс, 1997. — 448 с. ISBN 5-88782-023-3

Книга видного американского психиатра Э. Фуллера Торри является первым популярным изданием на русском языке, посвященным проблеме психических заболеваний. Автор затрагивает широкий круг тем: теории возникновения шизофрении, наиболее характерные симптомы, методы диагностики и лечения с использованием антипсихотических лекарственных средств, социальная реабилитация людей, страдающих серьезными психическими расстройствами. Специальный раздел посвящен ответам на практические вопросы, которые волнуют больных и членов их семей. В предлагаемом издании сделаны поправки и примечания, необходимые для отечественного читателя.

ISBN 5-88782-023-3
ISBN 0-06-095076-5 (англ.)

Издательство «Питер Пресс». 194044, С.-Петербург, Выборгская наб., 27.
Лицензия ЛР № 063798 от 26.12.94.
Подписано к печати 24.10.96. Формат 84Х 108'/зг. Усл. п. л. 23,52.
Доп. тираж 10 000. Заказ № 147.
Отпечатано с готовых диапозитивов в типографии им. Володарского Лениздата.
191023, С.-Петербург, наб. р. Фонтанки, 57.

ПРЕДИСЛОВИЕ К РУССКОМУ ИЗДАНИЮ

Впервые на русском языке выходит книга, предназначенная для психически больных и членов их семей. В ней не предлагаются рецепты, позволяющие произвести глобальный переворот в психиатрии, — из этого труда можно почерпнуть знания о том, как получить реальные результаты в улучшении состояния и положения больных в нашем обществе.

В представлении нашего обывателя давно сложился образ душевнобольного человека, который нуждается в изоляции от общества (по причине часто преувеличенной социальной опасности) и лечении, заглушающем не только болезнь, но и все человеческое, что в нем осталось. В памяти сразу же всплывает американский фильм «Полет над гнездом кукушки», подтверждающий бытующие у нас представления о психиатрии и больных — жертвах системы. Роман Кена Кизи, по которому впоследствии Милош Форман поставил этот фильм, был написан в 60-е годы, когда положение психически больных в США мало чем отличалось от нашего современного, а в обществе господствовали антипсихиатрические настроения. С тех пор прошло более тридцати лет, многое изменилось, и главное — стало другим понимание роли и значения психиатрии в США, отношение к психически больным. Кажется, люди постепенно учатся выражать им симпатию и поддержку — то, чего больным так не хватает. Без них такое заболевание, как шизофрения, ведет к катастрофе, причем и пациента, и его окружающих. Это изменение в настроениях общества, конец антипсихиатрических настроений хорошо заметны на примере другого американского фильма — «Человек дождя». В нем все по-другому — и внутренний мир больного, и отношение к нему, и чувства, которые он вызывает у окружающих, сопереживающих несчастью больного человека.

Путь американской психиатрии от «Гнезда кукушки» до «Человека дождя» был нелегким. Предлагаемая книга содержит об этом уникальную информацию. До сих пор врачи, больные, их родственники и друзья могли прочитать при желании лишь сухие строки учебников и справочников, где речь шла не о преодолении болезни, а скорее о неизбежности фатального исхода. Внутренний мир больного шизофренией, психологические и социальные факторы, создающие среду, в которой вынуждена жить его семья, зачастую игнорировались. Вглядевшись в них, легко заметить, что здесь господствуют отчаяние и одиночество, можно без труда обнаружить ту истину, что вместе с пациентами страдают и их близкие. Помощь психиатров чаще всего исчерпывается назначением медикаментов, лишь облегчающих до некоторой степени болезненное состояние. Информация о природе, сущности, лечении шизофрении — минимальна. Такое отсутствие информации и элементарных знаний о лечении и возможном прогнозе течения болезни заставляет людей прибегать к услугам всяческого рода экстрасенсов, колдунов, часами высиживать на сеансах телепсихотерапии. Следует также отметить, что отношения врача и пациента отнюдь не всегда являются партнерскими. У нас прочно сложились так называемые патерналистские традиции, где врач «знает все» и полностью руководит жизнью больного.

Впервые предлагаемая русскоязычному читателю книга направлена на преодоление подобной ситуации. И больной, и его близкие имеют право и должны знать о своей болезни, ее возможных проявлениях, механизмах, методах обследования, лечения и реабилитации как можно больше. Такая информация будет отнюдь не лишней и медицинским работникам — в отечественной медицинской и популярной литературе пока что не было настолько полной, написанной простым и понятным любому читателю языком книги об одном из самых загадочных и страшных заболеваний нашего века. Каждая страница, каждая строчка, написанная Э. Фуллером Торри, выстрадана им лично: родная сестра автора с юности страдает хронической формой шизофрении — болезни, получившей прозвище «проказы XX века». Благодаря близкому знакомству автора со многими сотнями больных, его сопереживанию с ними, глубокому проникновению во внутренний мир душевнобольного и пониманию

его эмоционального состояния и особенностей мышления мы имеем прекрасное описание того, что испытывает пациент в период обострения своей болезни. Огромный интерес представляют также главы об особенностях лечения шизофрении, о возможных побочных эффектах от лекарственных препаратов, о профилактике попыток самоубийства. Совершенно незаменимы разделы с ответами на волнующие больных и их близких вопросы, с рекомендациями по общению с психически больными пациентами и многие другие.

Главная мысль предлагаемой вам книги может быть выражена, если перефразировать известное изречение Клемансо, так: «Психиатрия — это слишком серьезное дело, чтобы его доверить лишь психиатрам». В этом сложном деле может помочь только объединение больных, их родственников и друзей, врачей, работников социальных служб и всех людей, проникшихся нуждами душевнобольных. Уважение к личности, симпатия как к больному, так и к здоровому человеку в нашем обществе пока еще в дефиците.

Перечисляя тех, кто может помочь больным, я намеренно не упомянул государственные службы, органы исполнительной власти, в том числе и здравоохранения. К сожалению, в этих структурах до сих пор нет понимания важности данной проблемы, осознания того, что психические болезни населения имеют огромное социальное значение. Шизофрения к тому же — одна из самых «дорогостоящих» болезней. Люди заболевают ею в молодом возрасте и нередко болеют всю жизнь. Поэтому финансирование стоматологии или кардиологии более выгодно, оно быстро окупается и даже может приносить доход.

В предлагаемой читателю книге имеется исчерпывающая информация об организации психиатрической службы в США, о методах убеждения власть имущих и влияния на них. При этом бросается в глаза, что основные проблемы, касающиеся положения пациентов в больницах и интернатах, их трудоустройства, социального обеспечения и так далее, у нас общие. Учтя опыт, как положительный, так и отрицательный, накопленный американской психиатрией, можно избежать многих сложностей и ошибок — это, прежде всего, касается стремления ликвидировать как можно больше психиатрических лечебниц.

Третье американское издание книги Э. Фуллера Торри, вышедшее в 1995 году, снабжено целым рядом приложений, ориентированных исключительно на местного читателя. Мы сочли целесообразным вместо них дать отечественному читателю возможность познакомиться с аналогичными отечественными материалами. Прежде всего, это касается малоизвестного больным и членам их семей закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Этот закон почти безупречен, он учитывает практически все аспекты психиатрии, вобрав в себя все лучшее, что есть в мировой практике. У него имеется лишь один недостаток — этот закон не работает в условиях нашей действительности из-за недостаточного финансирования, непонимания социального значения психиатрии и игнорирования ее нужд. Этот закон часто ежедневно и сознательно нарушается, оставаясь лишь прекраснодушной декларацией.

Во многих регионах нашей страны, так же как и в США, существуют общества, объединяющие больных и их родственников, друзей и сочувствующих. В приложении мы посчитали целесообразным дать информацию о подобном Обществе НИМБ в Санкт-Петербурге и Ленинградской области, а также сообщить некоторые контактные адреса и телефоны, которые могут понадобиться человеку при необходимости получения консультации или обращения за помощью в психиатрические службы.

Я твердо убежден, что эта книга станет руководством к действию для тех, кто действительно хочет помочь душевнобольным - как для тех, кто их лечит, так и для тех, кто их любит и разделяет их страдания.

Заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Санкт-Петербургской государственной медицинской академии д-р мед. наук В. А. Точилов

Посвящается Питу и Нэнси Доменичи — за их выдающийся вклад, а также Тэду и Вейде Стэнли — за огромную помощь в исследованиях. Эти четыре человека дали надежду страдающим серьезными психическими заболеваниями людям и их семьям

Что касается меня, ты должен знать, что если бы был хоть один шанс, я наверняка не сошел бы с ума.

Винсент Ван Гог. Из письма к брату, написанного после принудительного помещения в психиатрическую лечебницу Сен-Реми, 1889

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТРЕТЬЕМУ ИЗДАНИЮ

С момента первого издания этой книги в 1982 году в исследованиях шизофрении произошли крупные перемены. Морфологические и физиологические исследования окончательно доказали, что шизофрения — это болезнь головного мозга. Ее происхождение все более проясняется с помощью исследований в области генетики, нейрофизиологии, вирусологии, невропатологии и эпидемиологии. В некоторых работах было показано, что иногда шизофрения начинается уже в самом раннем детстве, возможно, еще в утробе матери. В последнее время значительно возросли выделяемые на исследование этой болезни средства, прежде всего со стороны Национального института психического здоровья, Национального фонда по исследованиям шизофрении и депрессии, а также фонда Теодора и Вейды Стэнли. Стали доступны новые лекарственные препараты, такие, как клозапин[1] и рисперидон, улучшилось медицинское просвещение, и количество случаев заболеваний стало уменьшаться. Все это — хорошие новости.

К плохим новостям можно отнести то, что даже сейчас отношение к больным шизофренией, качество предоставляемого им лечения и ухода остается в лучшем случае весьма посредственным, а иногда — просто позорным. Положение огромного числа людей, особенно безработных и находящихся в заключении, ужасающе. Качество большинства психиатрических услуг, состояние лечебниц и уровень служб реабилитации можно считать национальным позором. В этой области еще предстоит проделать огромную работу. Значительного улучшения состояния дел можно достичь совместными усилиями самих больных и их семей.

1. В России известен как Лепонекс (производство фирмы «Сандоз») или в виде отечественного Азалептина *(прим. ред.*)

В этом издании «Шизофрении» подведены некоторые итоги происшедших за последнее время изменений. Новый подзаголовок — «Книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей» — отражает ту возросшую роль в лечении шизофрении, которую играют сами пациенты и те, кто помогает им с ней бороться. Я не люблю распространенного в . США выражения «носитель заболевания», хотя иногда и употребляю его. Мне больше по душе словосочетание, принятое в Великобритании, — «страдающий болезнью», так как оно точнее отражает всю жестокость происходящего.

Главное же то, что в настоящее время появилась надежда — надежда на новые открытия в науке, на лучшее лечение, на лучшую жизнь. Эта надежда и будет вести нас вперед.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

— У вашей дочери шизофрения, — сказал я этой женщине.

— О Боже, все, кроме этого! — воскликнула она. — И почему у нее не может быть лейкемии или чего-нибудь другого?

— Но ведь при лейкемии она могла бы умереть, — заметил я. — Шизофрения же гораздо лучше поддается лечению.

Женщина печально взглянула на меня и опустила глаза, тяжело вздохнув:

— И все же, по мне, лучше, если бы у дочки была лейкемия.

Эта книга — результат тысяч подобных бесед. Задумана она была во мраке отчаяния, и отцом ее стало знание, а матерью — надежда. Она написана для тех, чья жизнь тесно соприкасается с шизофренией. Ею больна моя сестра, и может, также болен ваш брат, тетушка или сын. В своей книге я пытаюсь дать основы научных знаний для понимания симптомов этой болезни, ее причин и способов лечения, стараюсь помочь родственникам больных бороться и побеждать. Кроме того, я хочу развеять огромное количество мифов и снять с членов семей то бремя вины, которое они вынуждены нести по вине психиатров и которое вполне можно считать Первородным Психиатрическим Грехом.

Шизофрения — болезнь жестокая. Жизнь многих больных часто является хроникой притеснений, подавления эмоций, упущенных возможностей и несбывшихся надежд. В результате мы имеем человека, ведущего сумеречное существование, человека, мимо которого проходит двадцатый век. Трагичность судеб таких людей еще более усугубляется нашей склонностью к непониманию, неспособностью обеспечить необходимое лечение и недостаточностью научных исследований. Заболевание, которое, по словам Т. С. Элиота,

должно было стать «холодным очищающим костром», из-за нашего невнимания и пренебрежения стало сравнимым с жизнью в аду.

Возможно, это болезнь, время которой пришло. Научные исследования, современные методы лечения, организации, созданные друзьями и членами семей больных, дают нам лучи надежды. Если эта книга внесет хоть самый маленький вклад в дело извлечения шизофрении из «Трясины отчаяния»[1] и включения ее в магистральный путь развития медицины, то нашу цель можно будет считать достигнутой.

1. Образ из романа Дж. Беньяна (1628-1688) «Странствования паломника» *(прим. перев.)*.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Созданием этой книги я обязан огромному числу людей. Сначала Лу Аврутик нашел ей пристанище в издательстве «HarperCollins», где Кэрол Коэн «выкормила» ее до зрелого состояния. Огромную помощь в моих исследованиях оказали библиотекари из Центра по изучению мозга Национального института психического здоровья и клиники Св. Елизаветы, причем особенно хочу отметить участие Лори Флинн и других сотрудников Национального союза помощи душевнобольным. Отдельные разделы книги были отрецензированы профессорами Фэтом Дикерсоном, Фредериком Фризом, Дэвидом Шо и мистером Эдвардом Фрэнселлом, которым я очень признателен за внесенные предложения. Джуди Миллер, печатая рукопись, постоянно вносила в нее существенные улучшения. И, конечно, я в неоплатном долгу перед своей женой Барбарой, которая создала условия для написания этой книги. Выражаю свою признательность

Джозефу Г. Берку за разрешение использовать выдержки из книги «Мэри Барнс: два свидетельства о путешествии в безумие»;

Малькольму Б. Боуэрсу и издательству «Science Press» за разрешение использовать выдержки из книги «Отступление от здравого смысла: структура экстремального психоза»;

Элиоту Т. О. Слэйтеру за разрешение использовать выдержки из его учебника «Клиническая психиатрия»;

Эндрю Макги и Британскому психологическому обществу за разрешение использовать отрывки из статьи из «British Journal of Medical Psychology»;

Издательству «Anchor Press» за разрешение процитировать отрывок из книги Лары Джефферсон «Вот мои сестры»;

«British Journal of Psychiatry» за разрешение использовать выдержки из статьи Джеймса Чепмена;

«Presses Universitaires de Frances» за разрешение использовать отрывки из «Автобиографии» Маргариты Сешейе;

Миссис Гильде Нельсон за то, что она любезно позволила использовать отрывок из стихотворения ее покойного сына Роберта Л. Нельсона;

«Journal of Abnormal and Social Psychology» за разрешение использовать выдержки из статей;

Д-ру Бернарду Богертсу за разрешение использовать фотографии структур мозга в качестве иллюстративного материала, а также многим другим.

Цель этой книги — помочь понять такое заболевание, как шизофрения: его основные симптомы, прогноз и возможное развитие, методы лечения и реабилитации. Эта книга ни в коем случае не может заменить консультацию со специалистом. Для постановки диагноза и лечения тех или иных симптомов, связываемых с шизофренией, обязательно обратитесь к врачу. В изложении всех историй болезни я сознательно изменил имена и биографические данные действующих лиц, сохранив при этом все имеющие научное значение факты.

Глава 1

Масштабы бедствия

Для психиатрии шизофрения — это то же, что рак для остальной медицины: и диагноз, и приговор одновременно.

У. Холл, Дж. Эндрюс и Дж. Гольдштейн. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1985

Шизофрения... Кажется, в самих звуках этого слова заключено представление о сумасшествии и психиатрической больнице. Оно не так мелодично, как «слабоумие», снисходительно указывающее, что человек, увы, не силен умом; не так красноречиво, как «помешательство», создающее образ человека «помешанного», то есть такого, у кого в голове все перемешано. Нет у него и того романтического ореола, который окружает слово «лунатик», рисующее нам человека, подверженного влиянию фаз луны. «Шизофрения» — слово жесткое и жестокое, такое же, как и сама эта болезнь.

Наше отношение к больным шизофренией слишком часто тоже бывает жестким и жестоким. Фактически это, пожалуй, единственное черное пятно на лике современной американской медицины и социальной сферы. В историю нашей эры мучения больных шизофренией войдут как скандал национального масштаба. Давайте попробуем оценить размеры этого бедствия.

1. *Бездомных больных шизофренией примерно столько же, сколько их находится в клиниках.* По различным данным, бездомных в США насчитывается от 250 до 550 тысяч. В среднем их число можно считать близким к 400 тысячам. В разных работах отмечается, что примерно у третьей части всех бездомных имеются серьезные психические расстройства, причем большинство из них страдают шизофренией. Близко к правде то, что каждый день примерно 100 тысяч

больных шизофренией живут в ночлежках и на улицах. Во всех психиатрических клиниках одновременно находятся также около 100 тысяч человек.

2. *В тюрьмах и других местах заключения находится столько же больных шизофренией, сколько во всех психиатрических клиниках, вместе взятых.* Исследование, проведенное в 1992 году по тюрьмам США, показало, что 7,2 процента всех заключенных явно и серьезно психически больны. Шокирует тот факт, что в 29 процентах тюрем психически больные заключенные сознательно содержатся без всякого ухода, просто в ожидании, пока освободится койка в психиатрической больнице. Огромное большинство тех, кто все же получает какой-то уход, получает его с вопиющими нарушениями, вплоть до злоупотреблений. Фактически окружная тюрьма Лос-Анджелеса является в настоящее время самым крупным психиатрическим заведением во всей стране. Исследование американских тюрем позволяет сделать вывод, что от 10 до 15 процентов заключенных «имеют умственные или эмоциональные расстройства и нуждаются в уходе, предоставляющемся обычно хроническим психически больным людям». В 1991 году в США насчитывалось примерно 1,2 миллиона заключенных. Если в указанный выше процент включить и больных со скрытыми симптомами шизофрении, то число больных шизофренией заключенных можно оценить приблизительно в 8 процентов от общего числа заключенных. В результате мы получим 100 тысяч больных шизофренией, которые находятся в тюрьмах в данный момент.

3. *Возрастает количество случаев насилия, совершаемых больными шизофренией, не получающими надлежащего лечения.* Принимающие лекарства больные шизофренией не более опасны, чем остальные члены общества. Последние исследования показывают, однако, что некоторые страдающие шизофренией люди, которые не принимают лекарств, отличаются большей склонностью к насилию. По данным одной из работ, за последний год 9 процентов больных шизофренией, не изолированных от общества, в драках применяли оружие. По другим данным, «27 процентов выписанных из психиатрических клиник пациентов, как мужского, так и женского пола, совершили, по крайней мере, один акт насилия в течение первых четырех месяцев после выхода из больницы». Резко увеличилось также число актов

агрессии, совершаемых больными шизофренией против членов их семей. В росте жестокости и насилия среди этой категории лиц важными факторами являются пристрастие к алкоголю и наркотикам, а также пренебрежение лекарствами.

4. *Возрастает число актов насилия, совершаемых по отношению к больным шизофренией.* Большинство преступлений против больных шизофренией не регистрируется и не предается гласности, а когда о них становится известно, то должностные лица просто игнорируют эти факты. Наиболее распространены такие преступления, как карманные кражи и хищения талонов на пособие по нетрудоспособности, но нередки изнасилования и даже убийства. В штате Массачусетс, когда двое бездомных были забиты до смерти тремя подростками, одна газета написала следующее: «Люди, вынужденные жить на улице, относятся к категории наиболее беспомощных человеческих созданий... Они подобны кроликам, живущим среди псов». В Калифорнии один управляющий пансионом был обвинен в убийстве девяти жильцов, из которых несколько человек страдали шизофренией. Причиной убийства послужило желание воспользоваться их талонами на пособие.

5. *Жилища для лиц, страдающих шизофренией, часто не удовлетворяют самым минимальным требованиям.* Из-за постоянного давления со стороны органов здравоохранения, направленного на скорейшую выписку из муниципальных лечебных заведений лиц с психическими расстройствами, больные, имеющие серьезные психические заболевания, часто размещаются в совершенно неприспособленных помещениях. Например, в 1979 году полиция забрала двадцать одного «бывшего психиатрического пациента» из пансионата, где они жили «в окружении обломков арматуры, пищевых отбросов и тараканов». В одном из домов, где жили еще шесть человек, полиция обнаружила полуразложившийся труп «бывшего психиатрического больного». Похожие сообщения можно было часто встретить в восьмидесятые годы, а в 1990 году в «Нью-Йорк Таймс» появилась статья под заголовком «Дома для психически больных находятся в плачевном состоянии». В штате Миссисипи девять бывших пациентов жили в примитивной лачуге «без туалета и водоснабжения», где их, чтобы не убежали, «сторожили две злые собаки».

6. *Многие больные шизофренией скитаются по замкнутому кругу между клиниками, тюрьмами и ночлежками.* Из-за неспособности специалистов-психиатров обеспечить надлежащее лечение и реабилитацию своих пациентов, многие, страдающие шизофренией люди последовательно сменяют клиники, тюрьмы и ночлежки. В штате Иллинойс 30 процентов пациентов, выпущенных муниципальными психиатрическими больницами, снова попадали туда в первый же месяц после выписки. В штате Нью-Йорк 60 процентов пациентов вынуждены были в течение года подвергнуться повторной госпитализации. Изучение случаев повторной госпитализации в муниципальные психиатрические клиники позволило обнаружить одного пациента, который попадал туда 121 раз. Исследование, проведенное в местах заключения, показало, что среди больных шизофренией заключенных есть судимые более 80 раз. В период между госпитализацией или осуждением подобные люди требуют огромного внимания к себе и существенных затрат времени со стороны полиции и социальных служб. Так, например, исследование, проведенное в Лос-Анджелесе в 1991 году, показало, что полицейские вынуждены реагировать на звонки «психически неуравновешенных граждан» так же часто, как и на сообщения о грабежах. Клиника, ночлежка, тюрьма — это своего рода одиссея по бесконечному замкнутому кругу.

7. *Шизофрения часто недооценивается специалистами — психологами и психиатрами.* Несмотря на увеличение общего числа психиатров, психологов и работников психологических служб с девяти тысяч в 1940 до более чем двухсот тысяч в 1993 году, они уделяют шизофрении недостаточно серьезное внимание. Например, в одной опубликованной в 1993 году работе утверждается, что только трем процентам всех пациентов, осмотренных имеющими частную практику психиатрами, ставят диагноз шизофрении. Одной из главных причин полной беспомощности специалистов-психиатров в лечении пациентов с шизофренией является их обескураживающе плохая подготовка, полученная в ходе профессионального обучения. Муниципальные психиатрические клиники часто заполняют свои вакансии плохо подготовленными или некомпетентными специалистами. Так, муниципальная клиника в штате Вайоминг больше года работала без единого штатного психиатра. Многие из местных центров для психически больных, предназначенных

первоначально и финансируемых именно для ухода за серьезно психически больными людьми, лишены статуса психиатрических лечебниц и включены в число центров психологической консультации. Многие из подобных центров выстроили себе шикарные плавательные бассейны и не жалеют денег на жалованье своим директорам. В 1989 году три руководителя таких центров в штате Юта были уличены в 117 случаях финансовых злоупотреблений и присвоении в течение пяти лет более трех с половиной миллионов долларов. В 1990 году управляющий аналогичного центра в Форт-Уорте был обвинен в четырех случаях должностных злоупотреблений. Злоупотребления касались тех сумм, которые первоначально предназначались для помощи людям с серьезными психическими заболеваниями, такими, как шизофрения, но всеми правдами и неправдами использовались на иные цели.

8. *Половина всех больных шизофренией людей в каждый данный отрезок времени не получают никакого лечения.* В недавнем отчете Национального института психического здоровья, посвященном исследованию массового характера психических заболеваний, был вскрыт тот факт, что только 60 процентов больных шизофренией в течение года получали ту или иную медицинскую помощь, причем даже из этих шестидесяти процентов многие больные получали лечение нерегулярно. В Балтиморе исследование на местном материале выявило, что половина всех лиц, страдающих шизофренией, не получала никакого лечения. Основной причиной подобного слабого охвата больных лечебными мероприятиями явились изменения в законодательстве, затруднившие принудительную госпитализацию и лечение тех людей, которые не осознают ее необходимости. Введенные в заблуждение защитники гражданских прав и печально известные «защитники прав пациентов» охраняют, таким образом, право личности на психоз. Придерживающиеся подобного образа мыслей юристы и упомянутые выше защитники, похоже, страдают большим умственным расстройством, чем люди, которых они защищают. Например, в штате Висконсин один такой защитник заявлял, что больной шизофренией — отказывавшийся разговаривать человек, поедавший свои фекалии — для самого себя опасности не представляет, и судья, приняв сторону защиты, не счел необходимым принудительно лечить больного.

Недостаточное внимание к больным шизофренией и их лечению свойственно не только Соединенным Штатам, хотя здесь, по сравнению с другими развитыми странами, оно является наиболее вопиющим. Во многих канадских провинциях происходят в настоящее время те же процессы, что и в США, так, например, в провинции Онтарио условия ухода за людьми с нарушенной психикой особенно ухудшились. В Великобритании сообщалось о случаях убийств, совершенных бывшими пациентами психиатрических клиник, не получавшими надлежащего лечения. В Австралии и Франции значительно возросло число бездомных людей, страдающих психическими заболеваниями. В Италии в 1978 году был принят закон, препятствующий приему новых пациентов в психиатрические лечебницы, но, за исключением Вероны и Триеста, где местные лечебницы находятся в сравнительно хорошем состоянии, этот «итальянский эксперимент» полностью провалился. В Японии больных шизофренией помещают в частные психиатрические клиники, которые, как правило, принадлежат самим врачам и куда редко допускаются родственники больных. Подобные факты стали настолько частыми, что их в 1986 году расследовала специальная международная комиссия. Советский Союз в свое время стал печально известен объявлением политических диссидентов психически больными, с их последующей насильственной госпитализацией. Нигде в мире лечение шизофрении не обходится без серьезных проблем, хотя нужно признать, что относительно приемлемый уровень медицинского обслуживания подобных больных наблюдается в скандинавских странах.

Сколько больных шизофренией в США?

Из всех живущих в настоящее время в США людей больны или в течение своей жизни заболеют шизофренией примерно 3,7 миллиона человек (1,5 процента населения). В каждый данный момент времени шизофренией больны около 1,8 миллиона человек, что составляет один процент от общего числа взрослых старше 18 лет. Это число равно всему

населению штата Западная Виргиния и превышает число жителей в шестнадцати других штатах. Оно почти соответствует числу жителей в таких городах, как Майами, Кливленд, Денвер, Сан-Франциско или Сиэтл. Только представьте себе, что каждый житель Западной Виргинии или одного из перечисленных городов болен шизофренией, и тогда вы сможете почувствовать весь масштаб этой трагедии.

Нужно особо отметить, что в указанные 1,8 миллиона входят *только* больные шизофренией. Сюда не включены люди с расстройствами маниакально-депрессивного характера и еще большее число людей, страдающих от глубокой депрессии или навязчивых состояний. Отнюдь не все осознают тот факт, что в США постоянно от четырех до пяти миллионов человек страдают от тяжких душевных заболеваний, включая шизофрению. К несчастью, приведенные на бумаге, для большинства людей эти данные являются только отвлеченными цифрами, такими же, как количество жертв землетрясения в Турции или наводнения в Бангладеш. Они совершенно не отражают всей глубины людского страдания и личных трагедий, связанных с душевными заболеваниями, — как самих больных, так и окружающих их людей.

В качестве показателя распространения шизофрении можно использовать число больных, приходящихся на тысячу жителей. В США это соотношение достигает 7,2 на тысячу. Это означает, что в городке, где живут три тысячи человек, имеется примерно двадцать один больной шизофренией, а в городе с тремя миллионами населения таких больных насчитывается уже двадцать одна тысяча. Конечно, это усредненный показатель, на самом деле в различных регионах США и среди различных групп населения процент заболеваемости может сильно изменяться в ту или иную сторону.

Число 7,2 больных на тысячу жителей было получено в результате исследования, которое проводилось отделом эпидемиологии Национального института психического здоровья с 1980 по 1984 годы. В этой работе отмечено наличие значительных колебаний данных по заболеваемости шизофренией среди различных групп населения и в различных регионах. Так, показатели по Нью-Хейвену, Балтимору,

Дурхэму и их окрестностям иногда вдвое превышают аналогичные показатели по Сент-Луису и неиспаноязычному населению Лос-Анджелеса. Заболеваемость шизофренией среди испаноязычных жителей Лос-Анджелеса почти вдвое меньше, чем у неиспаноязычных, что подтверждает факт меньшей подверженности шизофрении лиц мексиканского происхождения, выявленный ранее в ходе обследования жителей Техаса.

В Америке есть и другие группы населения, менее подверженные шизофрении. Обширное исследование сельских хаттеритов (религиозной секты, представители которой живут изолированными коммунами), предпринятое в 1955 году, выявило уровень заболеваемости, составляющий 1,1 человека на тысячу жителей. Проведенное недавно повторное обследование подтвердило, что представители этой группы по-прежнему отличаются очень низкой заболеваемостью шизофренией. Исследование, проведенное среди сельских последователей американских менонитов', также выявило лишь несколько случаев заболевания шизофренией, но зато обнаружило более высокую предрасположенность к маниакально-депрессивным психозам. В течение уже более чем сотни лет поступают сообщения о чрезвычайно низкой заболеваемости шизофренией среди американских индейцев, но эти данные нуждаются в более тщательной проверке.

Одной из наиболее ярких черт распространения шизофрении в США является ее явно выраженный «городской» характер. В сельской местности эта болезнь проявляется реже. Впервые этот факт был обнаружен в 1850 году и с тех пор неоднократно подтверждался практически в каждом обследовании. Хотя, конечно, частично эта диспропорция связана с переселением жителей сельских районов в города, но все-таки это явление так и не нашло своего окончательного объяснения. Недавнее исследование, проведенное в Стокгольме, показало, что человек, выросший в городе, подвержен большему риску заболеть шизофренией, чем человек, переехавший в город в зрелом возрасте. Обследование, проводившееся в рамках анализа эпидемиологической

1. Мениониты — протестантская секта, главным образом в США, Канаде и Нидерландах. Проповедуют смирение, отказ от насилия, верят во второе пришествие Христа *{прим. перев.)*.

ситуации в штате Северная Каролина, выявило, что заболеваемость шизофренией в г. Дурхэм вдвое выше, чем в близлежащих сельских округах, и это соотношение больных горожан к больным сельским жителям (2:1) подтверждается другими исследованиями. Именно этот факт скорее всего является главной причиной того, что в развитых странах постоянно отмечается увеличение числа заболевших шизофренией как по результатам обследований, так и по количеству госпитализаций. При этом чаще всего шизофрения наблюдается среди самых бедных слоев городского населения, тогда как подобная дифференциация по социально-экономическому признаку в сельских районах выражена не так явно.

Поскольку большое число афроамериканцев проживает в наиболее бедных городских районах, то совсем не удивительно, что в целом среди черных американцев шизофрения наблюдается чаще, чем среди белых. Это было подтверждено пятью независимыми друг от друга обследованиями в таких промышленно развитых штатах, как Нью-Йорк, Мэриленд и Огайо. Более высокая заболеваемость шизофренией среди черных американцев отмечается и при учете возрастных особенностей данной группы населения. Так, по данным методологически выверенного обследования, которое было проведено в г. Рочестер, штат Нью-Йорк, афроамериканцы болели этим психическим заболеванием в 1,5 раза чаще, чем белые.

Имеет существенное значение то обстоятельство, что при сравнении заболеваемости черного населения сельских районов с заболеваемостью белого населения этих же районов результаты оказываются совершенно другими. И в штате Техас, и в Луизиане никакой разницы в заболеваемости не наблюдалось. Данный факт не оставляет камня на камне от расовых теорий этиологии шизофрении. Скорее, он является свидетельством в пользу влияния на распространение заболевания социально-экономических факторов. Иногда приходится слышать заявления, что среди афроамериканцев потому наблюдается большее число больных шизофренией, что врачи-психиатры преимущественно белые и тем самым являются (сознательно или бессознательно) расистами: подобные психиатры, мол, с большей готовностью наклеивают ярлык шизофреника на негра, нежели на белого. Достовер-

ность этого утверждения проверить практически невозможно. Даже если это и так, то объясняет лишь ничтожную долю разницы в количестве случаев заболевания, и мы все равно оказываемся перед тем фактом, что среди бедного населения крупных городов, независимо от расы, отмечается необычайно высокий уровень заболеваемости шизофренией.

Где находятся больные шизофренией?

Если 1,8 миллиона американцев страдают шизофренией, тогда почему же это заболевание столь незаметно? Оно незаметно потому, что мы научились отлично его скрывать. Шизофрения прячется в «дамских комнатах», скрываясь под эвфемизмами типа «нервный срыв» или «что-то нервы расшатались». Она спокойно стоит за задернутой оконной занавеской, и никто даже не попытается о ней упомянуть. Она — это уехавшая от соседей тетушка, но соседи никогда не скажут, что та переехала в окружную психиатрическую лечебницу. Это тот сын, который подростком попал в неприятную историю и о ком теперь говорят, что он живет в Пенсильвании. Да, он действительно живет в Пенсильвании, только лечится в психбольнице. Шизофрения — это сестренка, трагически покончившая жизнь самоубийством, по слухам, от несчастной любви. Никто из ее родственников не захочет признаться, что она покончила с собой потому, что ее преследовали «голоса» и она выбрала смерть вместо такой жизни. Мы прячем эту болезнь, надеясь, что никто о ней не заговорит, никто ее не обнаружит. Мы скрываем ее как позорное клеймо.

Это клеймо шизофрении делает все еще более трагичным. Страдающие от нее люди и их родственники вынуждены не только бороться с самой болезнью, но и нести на себе бремя стыда. Больные шизофренией — это прокаженные двадцатого века. Та же тетушка, тот же сын, сестра — их тайну в любой момент могут раскрыть, и тогда все узнают, что они — сумасшедшие. Тогда — Катастрофа, Бесчестье, Позор. Размеры заболеваемости шизофренией как национального бедствия могут сравниться только со степенью нашего нежелания с нею бороться.

Ниже мы приводим несколько достаточно неприятных данных о том, где же находятся эти почти два миллиона больных шизофренией американцев. Директор Национального института психического здоровья (НИПЗ) в конце 1986 года при своем утверждении на должность в комиссии сената заявил, что на учете в НИПЗ находится лишь 42 процента таких лиц. Место проживания остальных 58 процентов и уровень ухода за ними просто неизвестны. Подобное шокирующее заявление из уст руководителя федерального учреждения, призванного собирать всю информации о больных психическими расстройствами, может служить еще одним признаком пренебрежения этим заболеванием.

Если обобщить все доступные источники информации о страдающих шизофренией людях, то все-таки можно составить относительно реальную картину того, где они сейчас находятся. На приведенной ниже диаграмме (рис. 1) показано относительное распределение по месту жительства 1,8 миллиона больных с поставленным на настоящий момент диагнозом шизофрении.

Эти данные можно прокомментировать следующим образом.

Больных под формальным надзором — 450 000. Каждый день примерно 450 тысяч страдающих шизофренией людей находятся в различных организациях или просто на улицах. К этим организациям относятся:

1. *Клиники — 100 000 человек,* включая: муниципальные клиники — 55 000; частные психиатрические лечебницы — 2500; психиатрические отделения в больницах общего профиля — 7000;
   больницы Управления по делам ветеранов войны - 5500;
   терапевтические отделения психолого-консультационных центров и аналогичных заведений — 2000; «полубольницы», кризисные палаты, институты по изучению психических заболеваний — 28000.

Данные относительно клиник базируются на исследовании, проведенном НИПЗ в 1986 году. Упомянутые в перечне «полубольницы» (semihospitals) — это относительно

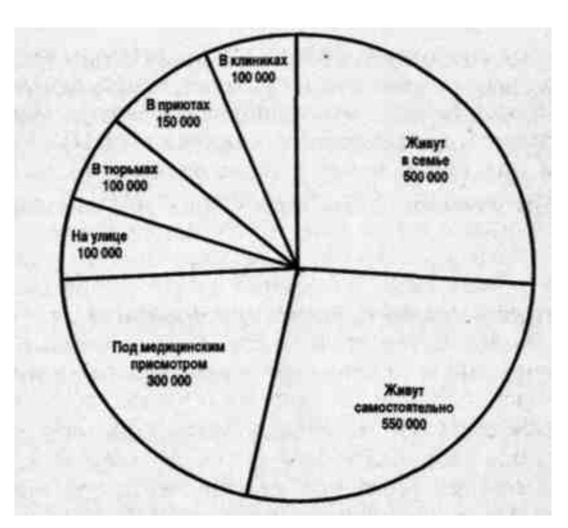


Рис. 1. Распределение 1,8 миллиона больных шизофренией по месту жительства.

новый и быстро развивающийся тип лечебного учреждения, где лица с серьезными психическими заболеваниями содержатся под круглосуточным сестринским уходом. По существу, они работают как небольшие психиатрические клиники, хотя с технической точки зрения не могут быть отнесены к больницам. Их популярность в какой-то мере вызвана тем, что штаты обычно получают частичное возмещение расходов на них из федерального бюджета (если те же больные будут находиться в муниципальных психиатрических клиниках, то федерального финансирования на них не положено). Число 28 тысяч для этой категории учреждений является приблизительной оценкой.

2. *Специальные приюты — 150 000.* По общим оценкам, в США в специальных приютах находится приблизительно 2,2 миллиона человек. Проведенное в 1988 году обследование этих учреждений в четырех крупных городах показало, что у 5 процентов их обитателей основным диагнозом является шизофрения. По данным выборочного обследования 1993 года, среди обитателей подобных учреждений в г. Рочестере, штат Нью-Йорк, этот диагноз имели 7,5 процента. Эти выводы в целом соответствуют полученным ранее дан-

ным, согласно которым примерно 8 процентов обитателей приютов «являются хроническими психиатрическими больными, бывшими постоянными пациентами психиатрических клиник». Среди обитателей этих заведений в возрасте до 65 лет шизофрения наблюдается у 33 процентов.

3. *Места заключения — 100 000.* О них мы уже говорили выше.
4. *Ночлежки и бездомные — 100 000.* Также сказано выше.

Под надзором квалифицированного персонала — 300 000. К заведениям, где психически больные люди находятся под присмотром квалифицированного персонала, относятся специальные пансионаты, дома семейного ухода, реабилитационные центры, интернаты и так далее. Основным принципом такого рода заведений является то, что человек платит несколько сотен долларов в месяц (обычно высчитываемых из его социального пособия) и получает комнату (часто на двоих), трехразовое питание и различные уровни медицинского ухода. Как мы увидим из главы 8, качество ухода в этих заведениях может быть самым разным. Никто точно не знает, сколько в таких учреждениях находится больных шизофренией, но общее число проживающих в них пациентов с самыми различными диагнозами составляет около 600 тысяч. Основываясь на резко увеличившихся в последние годы выплатах социальных пособий и на обследованиях семей с душевнобольными, можно сказать, что число больных шизофренией в таких заведениях составляет около 300 тысяч.

Проживают с другими членами семьи — 500 000. Основываясь на последних исследованиях Национального союза помощи душевнобольным (НСПД), можно сказать, что 42 процента хронически психически больных проживают вместе с каким-либо другим членом своей семьи. Эти данные, возможно, несколько завышены, так как члены НСПД непроизвольно охватывали своим обследованием большей частью больных, проживающих в семьях, но оценка в 500 тысяч человек будет более или менее правдоподобной.

Проживают отдельно — 550 000. Упоминавшееся выше исследование НСПД показало, что 31 процент серьезно психически больных людей проживают отдельно. Нес-

мотря на некоторую возможную заниженность этих оценок (так как члены НСПД могли учесть не всех больных, способных вести самостоятельный образ жизни), число 550 тысяч может оказаться вполне правдоподобным. Следует добавить, однако, что степень «самостоятельности» может сильно различаться для конкретных больных — от тех, кто действительно полностью независим и сам себя обеспечивает, до таких, кто хотя и занимает отдельную квартиру, но ежедневно получает помощь от членов своей семьи, приносящих ему еду и обеспечивающих соответствующий уход. Хочется еще раз подчеркнуть, что эти данные по распределению больных шизофренией по месту их проживания подобны моментальному снимку и отражают ситуацию только в конкретный момент времени. Многие из больных постоянно перемещаются с места на место. Так, например, со стороны страдающего шизофренией человека вполне обычным может оказаться внезапное прекращение лечения и переезд из учреждения со специализированным уходом сначала в семью, потом в ночлежку, тюрьму, в психиатрическое отделение больницы широкого профиля и снова возвращение в свое первоначальное заведение, причем все это в течение полугода.

Сколько людей болеют шизофренией во всем мире?

Сравнительные исследования распространения шизофрении в различных странах отличаются противоречивостью данных. Некоторые ученые считают отмечаемые различия своего рода научным артефактом, мало связанным с самим заболеванием, тогда как другие (к ним я отношу и себя) полагают, что эти различия имеют под собой реальную основу, могущую пролить свет на природу шизофрении. Следует заметить, что все заболевания, в возникновении которых, как полагают, играют роль и генетические, и негенетические факторы, отличаются неравномерностью распространения в географическом плане. Количество случаев заболеваний расстройствами сердечно-сосудистой системы в различных регионах может различаться в шесть раз, ревма-

тоидным артритом — в десять, диабетом с инсулиновой зависимостью — в тридцать, рассеянным склерозом — в пятьдесят раз, а заболеваемость некоторыми разновидностями рака может в различных странах различаться в еще большей степени. Было бы гораздо более странным, если бы таких различий в частоте заболеваний именно для шизофрении не было обнаружено. Если бы уровень заболеваемости шизофренией в различных районах мира был одинаковым, тогда ее следовало бы признать поистине уникальной болезнью.

По мировым стандартам, уровень заболеваемости шизофренией в США (7,2 больных на 1000 жителей) довольно высок. Самые низкие цифры в этом отношении получены при исследованиях в Гане, Ботсване, Новой Гвинее и на Тайване, где уровень заболеваемости ниже, чем два случая на тысячу человек. Данные по Канаде и большинству европейских и азиатских стран колеблются в пределах от трех до шести больных на тысячу жителей. Кроме Соединенных Штатов, к странам, где этот уровень превышает 7 больных на тысячу человек, относятся Доминиканская Республика, Ирландия, Финляндия и Швеция, причем наиболее высокий показатель (17 на 1000) получен для северных районов Швеции. В некоторых работах приводятся исключительно интересные данные по распространению шизофрении. Так, например, тщательное обследование жителей Хорватии показало, что в сельской местности на Истрийском полуострове уровень заболеваемости шизофренией достигает 7,3 больных на тысячу жителей, тогда как в деревнях, находящихся всего в 150 километрах оттуда, он составляет всего лишь 2,9 на тысячу. В Микронезии два обследования выявили четырехкратное различие в показателях заболеваемости жителей разных островов — от 4,2 на тысячу на Маршалловых островах до 16,7 на тысячу на Палау. В Индии девять независимых друг от друга обследований показали гораздо больший уровень заболеваемости шизофренией среди лиц, принадлежащих к высшим кастам.

Широко исследовалось распространение шизофрении в Ирландии, так как уже данные прошлого века свидетельствовали о большом количестве больных как среди эмигрантов, выходцев из Ирландии, так и среди оставшихся в своей стране. Еще в 1808 году было сказано, что в Ирландии

«сумасшествие встречается чаще, чем где-либо еще в Европе». Данные 1960-х и 1970-х годов свидетельствуют, что в этой стране госпитализировано больше больных шизофренией, чем в любой другой стране мира. В 1982 году я провел в Ирландии полгода, изучая один из небольших районов, где, как считалось, шизофрения была особенно распространена: уровень заболеваемости там — 12,6 на тысячу жителей — вдвое превосходил уровень заболеваемости в соседних районах. Исследование 1982 года показало, что высокая заболеваемость шизофренией в Ирландии отмечается только у лиц пожилого возраста, в отличие от их более молодых соотечественников. Последующие работы в этом направлении подтвердили, что у людей, родившихся после 1940 года, шизофрения встречается гораздо реже.

В последние годы большой интерес вызвали данные по распространению шизофрении в Англии среди иммигрантов, выходцев из стран Карибского региона. Было обнаружено, что уровень заболеваемости в этой группе очень высок, причем не только среди собственно иммигрантов, но и среди их родившихся в Англии потомков. Данные по Ямайке, основному «поставщику» иммигрантов из стран Карибского бассейна, свидетельствуют, что там уровень заболеваемости шизофренией не столь высок. Однако аналогичные данные по Доминиканской Республике, дающей относительно небольшой процент всех иммигрантов, показывают очень высокий уровень заболеваемости шизофренией на этом острове.

Это достаточно интригующие наблюдения, и, по-моему, они могут дать нам важный ключ к разгадке тайны шизофрении. Если мы поймем, почему карибские иммигранты, жители западных районов Ирландии или хорватских деревень болеют ею чаще, а представители американских менонитов и хаттеритов — реже, то станем лучше разбираться в причинах этой болезни. К сожалению, подобными аспектами исследований часто пренебрегают, особенно в США.

Растет или сокращается заболеваемость шизофренией?

Как уже отмечалось выше, имеются данные, что в Ирландии уровень заболеваемости шизофренией в последние де-

сятилетия уменьшился. После 1985 года аналогичные данные были получены для Шотландии, Англии, Дании, Австралии и Новой Зеландии. В среднем за последние десять-двадцать лет в этих странах отмечается снижение заболеваемости на 35 процентов. Однако эти данные часто подвергают критике, так как сравнение результатов по разным странам затрудняется различием в подходе к диагностике психиатрических заболеваний. В связи с этим сейчас можно говорить только о *предполагаемом* сокращении заболеваемости шизофренией в перечисленных странах, и эти предположения должны еще быть подтверждены методологически выверенными исследованиями.

В то же время данные по Соединенным Штатам могут служить источником для предположений совершенно другого рода. В 1980—1984 годах силами НИПЗ было предпринято обширное исследование эпидемиологической обстановки в пяти регионах. Хотя подобная работа была проведена впервые, но в двух из этих регионов были ранее выполнены независимые исследования, которые могут дать нам базу для сравнения. Так, в Балтиморе в 1936 году уровень заболеваемости шизофренией составлял 2,9 случая на тысячу жителей. Согласно данным НИПЗ в 1980—1984 годах, в тех же районах Балтимора этот уровень был в три раза выше. Согласно исследованию, проведенному в 1958 году Холлингшедом и Редлихом, уровень заболеваемости шизофренией в Нью-Хейвене составлял 3,6 больных на тысячу человек, тогда как данные НИПЗ 1984 года дают нам показатель в два раза больший. По сравнению с предыдущими работами, в обследовании НИПЗ применялись более изощренные статистические методы, так что их оценки могут быть несколько выше, но вместе с тем учеными этого института использовалось более узкое понимание шизофрении, что, в свою очередь, может сказаться на оценке уровня заболеваемости в сторону ее уменьшения. Эти методологические отличия взаимно перекрывают воздействие каждого из них на конечный результат.

На основании полученных данных может создаться впечатление, что в последние десятилетия в США уровень заболеваемости шизофренией вырос, по крайней мере, в Балтиморе и Нью-Хейвене. Это впечатление еще более усиливается после сообщения НИПЗ о появлении новых раз-

2 Зак. № 147

новидностей шизофрении. Подводя итог, можно сказать, что в США уровень заболеваемости шизофренией в последние годы возрос и в настоящее время, вероятно, продолжает расти далее. В этом случае ситуация в Соединенных Штатах отличается от ситуации в других странах, где заболеваемость шизофренией сокращается.

Во что обходится шизофрения?

По большому счету вопрос о стоимости шизофрении лишен смысла. Любой знакомый с шизофренией человек знает, что размер этой трагедии невозможно вычислить в долларах и центах. Однако мы живем в обществе, возможности которого отнюдь не бесконечны, и, нравится нам это или нет, при распределении любых ресурсов сказывается наша привычка мыслить категориями затрат и их отдачи. Процесс принятия решений в этих условиях приобретает политическую окраску, так как постоянно приходится отвечать на прямые или завуалированные вопросы типа: «Во что обходится это заболевание? Сколько денег можно сэкономить открытием новых способов его лечения? Каково соотношение затрат и прибыли при использовании средств из фондов содействия научным разработкам?» Поскольку эти вопросы поднимаются, важно отдавать себе отчет в том, во что же все-таки обходится шизофрения.

«Стоимость» шизофрении, как и всякой другой болезни, может быть рассчитана различными методами. Можно подсчитать деньги, потраченные на лечение единичного случая заболевания. Можно также оценить суммарные затраты на лечение всех больных за определенный период времени. К ним можно добавить экономические потери (недополученную прибыль, например), а также стоимость мероприятий социальной поддержки (льгот на оплату жилых помещений, обслуживающего персонала, стоимость реабилитационных программ), которые необходимы больному в течение многих лет. Можно сравнивать стоимость лечения шизофрении со стоимостью лечения других заболеваний, например сердечно-сосудистой системы. И наконец, самым трудным является учет «неэкономической» цены этой болезни.

Стоимость успешного лечения шизофрении, в принципе, сравнима со стоимостью лечения других серьезных заболеваний. Человеку в этом случае требуются госпитализация на период нескольких недель и последующий длительный (в течение нескольких месяцев) прием лекарственных препаратов. Если же больной не относится к той четверти счастливых пациентов, которые выздоравливают полностью (смотри главу 5), то стоимость его лечения многократно возрастает.

Оценка стоимости лечения шизофрении была проведена на примере пациентки Сильвии Фрумкин, описанной в книге Сьюзен Шин «Неужели на Земле нет места для меня?». Эта восемнадцатилетняя девушка 27 раз поступала в больницы с диагнозом шизофрении. Общая стоимость ее лечения оценивается в 636 тысяч долларов, куда входит только пребывание в больницах, специальных интернатах и приютах. В эту сумму не включены: стоимость лекарств, вызовов бригад «скорой помощи», затраты на общее лечение, социальные услуги, оплата работников правоохранительных органов, участвовавших в ее помещении в лечебные учреждения, оплата юристов, судебные издержки, потеря заработной платы и даже те непосредственные затраты, которые несла ее семья. Я прикинул подобные расходы на примере моей сестры, страдавшей шизофренией на протяжении 35 лет и часто нуждавшейся в госпитализации. Лишь непосредственные затраты на ее пребывание в клинике для душевнобольных в штате Нью-Йорк за этот период составили более полутора миллионов долларов. Подобные суммы, как мне кажется, вполне обычны для лечения пациентов с тяжелыми формами шизофрении.

В двух недавних работах была предпринята попытка подсчитать как прямые (госпитализация и лекарства), так и косвенные затраты на всех проживающих в США больных шизофренией. По оценкам, приведенным в работе Дороти Райс и Леонарда Миллера из Калифорнийского университета, в 1990 году общая стоимость шизофрении вылилась в 32,5 миллиарда долларов. В другом исследовании, проведенном Ричардом Вайаттом и его коллегами из НИПЗ, общие затраты за 1991 год были оценены в 65 миллиардов долларов. И в той, и в другой работе прямые затраты оценены примерно в одну и ту же сумму (19,5 и

18,6 миллиарда соответственно), в то время как оценки косвенных затрат (семейный уход, потери заработной платы, потери от самоубийств) различаются весьма существенно. По-видимому, дело в том, что данные, на основе которых можно сделать оценку косвенных затрат, сами по себе труднодоступны.

Предположим, что в настоящее время средние ежегодные затраты на шизофрению находятся где-то посередине между этими двумя величинами, то есть составляют приблизительно 50 миллиардов долларов в год. Что же стоит за этими пятьюдесятью миллиардами, которые большинство из нас даже и представить себе не может, разве что в виде длинной цепочки нулей? 50 миллиардов в двадцать раз превышают те 2,5 миллиарда долларов, которые правительство Соединенных Штатов выделило Агентству по международному развитию на помощь иностранным государствам. Эта сумма в шесть раз больше, чем те 7,4 миллиарда долларов, что были затрачены на все научные исследования всеми научно-исследовательскими медицинскими институтами; в четыре раза больше, чем 12,1 миллиарда, затраченных на медицинскую помощь Управлением по делам ветеранов войны; в три раза больше, чем те 14,2 миллиарда, что были выделены федеральными органами на развитие дорожной сети. Эта сумма превышает 40,7 миллиарда долларов, затраченных федеральными органами на программу медицинской помощи «Медикейд». Это почти четверть общего бюджетного дефицита США, составляющего 220 миллиардов. Короче, 50 миллиардов долларов — это огромная сумма.

Главная причина такой «дороговизны» шизофрении заключается в том, что это заболевание начинается обычно в молодом возрасте и продолжается в течение многих лет, часто до самой смерти больного. Больные шизофренией воспитываются и обучаются в течение своего детства и отрочества со всеми сопутствующими затратами, и все это для того, чтобы оказаться инвалидами — как раз тогда, когда они должны были бы стать трудоспособными, вносящими свой вклад в развитие экономики членами общества. Большинству из 1,8 миллиона больных шизофренией требуется постоянный уход в виде временных госпитализаций или длительного лечения в психиатрических клиниках, социальные пособия, возмещение судебных издержек, социальные

услуги, услуги психологических и психиатрических консультаций и тому подобное. К моменту начала своего заболевания больные шизофренией еще не вышли за рамки трудоспособного возраста, как это часто бывает с больными болезнью Альцгеймера. Они и не умирают так быстро, как это бывает с онкологическими пациентами. Если бы какой-нибудь инопланетянин захотел создать болезнь, способную нанести нашей планете максимальный ущерб, то ничего лучше шизофрении он бы не придумал. В экономическом отношении шизофрения причиняет ущерб трижды: общество должно воспитывать и обучать человека, который впоследствии заболеет; большинство больных не способны вносить свой экономический вклад в развитие общества, и в то же время многие из них требуют от общества дорогостоящего ухода и услуг на протяжении всей оставшейся жизни.

«Стоимость» шизофрении можно также сравнить с теми суммами, в которые обходятся обществу другие болезни. Так, в Австралии затраты на лечение шизофрении сравнивались с затратами на лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Несмотря на то, что последние встречаются в Австралии в 12 раз чаще, чем шизофрения, общие прямые. и косвенные затраты на больных шизофренией оказались в шесть раз больше, чем на кардиологических больных, причем в эти суммы даже не была включена стоимость пенсий и социальных пособий. Поскольку пособия выплачиваются больным шизофренией на протяжении гораздо более длительного времени, чем пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, разрыв в стоимости может оказаться еще больше.

Огромные денежные затраты на шизофрению Подводят нас к вопросу об экономической эффективности исследований этой болезни. Как мы увидим в главе 6, на Западе шизофрения является одной из наименее активно изучаемых болезней. В австралийском исследовании, на которое мы ссылались выше, приводятся данные о том, что сумма, выделяемая на изучение шизофрении, равна одной четырнадцатой части средств, отводящихся на исследование заболеваний сердечно-сосудистой системы. Учитывая относительную «стоимость» этих заболеваний для общества, даже с экономической точки зрения это можно считать просто разбазариванием средств. Расчеты по США показывают,

что если бы к 1998 году результаты научных исследований позволили сократить затраты на шизофрению лишь на 10 процентов, то в следующее десятилетие экономический эффект составил бы 180 миллиардов долларов.

С точки зрения внутренней политики, следовательно, было бы вполне разумным выделять побольше средств на исследование причин возникновения шизофрении и способов ее лечения. Груз, возлагаемый шизофренией на плечи налогоплательщиков, довольно тяжел, это отмечалось еще в 1855 году в материалах Массачусетской комиссии по лунатизму:

> С какой бы стороны мы не взглянули на них, эти лунатики являются серьезным бременем для всего общества. Лечась только в относительно краткий период обострения болезни и не лечась в течение всей своей остальной жизни, они не только не производят продукцию, но едят не выращенный ими хлеб, потребляют не . произведенные ими товары и услуги, получая при этом вспомоществование из общественной казны.

И все-таки самую дорогую цену, которую невозможно измерить никакими деньгами, платят сами больные шизофренией и их родственники. В самом деле, как оценить ущерб, причиняемый тем обстоятельством, что человеку, который нормально развивался до определенного возраста, однажды ставят диагноз «психиатрическое заболевание» и говорят, что он может сопутствовать ему всю оставшуюся жизнь? Все надежды, чаяния, планы, все мечты внезапно оказываются разбитыми. Для семей с новорожденными трагедией является церебральный паралич или болезнь Дауна; для семей с пожилыми людьми такой трагедией является рак или болезнь Альцгеймера. Однако нет другой такой болезни, чья «неэкономическая» цена была бы так высока, как у шизофрении. Это самая дорогостоящая болезнь из всех возможных.

Когда появилась шизофрения?

История возникновения шизофрении всегда вызывала споры среди ученых. С одной стороны, есть специалисты, заявляющие, что «шизофрения существовала всегда... есть неоспоримые факты, говорящие о древности этой болезни».

В качестве доказательства приверженцы гипотезы древнего происхождения шизофрении цитируют санскритские источники или ссылаются на библейские персонажи — вавилонского царя Навуходоносора (в течение семи лет поедавшего траву, как скот на выпасе) и пророка Иезекиля (у которого были слуховые и зрительные галлюцинации). Они также настаивают на том, что больные шизофренией должны содержаться в домашних условиях, что их болезнь — от Бога, и что ее вообще нельзя считать заболеванием в обычном понимании этого слова. С другой стороны, их оппоненты (к которым принадлежу и я) полагают, что в большинстве приводимых примеров речь идет о людях с мозговыми травмами (родовыми или полученными в бою или драке) или заболеваниями (эпилепсией, сифилисом, вирусным энцефалитом), при которых могут иметь место психотические симптомы, а случаев «настоящей» шизофрении, сопровождающейся слуховыми галлюцинациями и возникающей в раннем возрасте, фактически описано не было.

Серьезный интерес представляют некоторые случаи шизофрении, известные из истории Позднего Средневековья. В Лондоне в те времена было открыто несколько небольших психиатрических лечебниц, называвшихся «вифлеемскими» (Bethlem Hospitals, отсюда происходит и слово «бедлам»). Король Генрих VI (1421-1471) страдал болезнью, очень напоминающей шизофреническое расстройство. Именно Генриха VI Шекспир выбрал в качестве прототипа героя своей первой пьесы, написанной в 1591 году. В «Гамлете» (1601) главный герой был лунатиком, а Офелия сошла с ума, узнав, что ее отец был убит любимым ею человеком. Найджел Барк практически уверен, что Эдгар, сын Глостера из «Короля Лира», этот «бедный юродивый Том», был шизофреником, хотя и не может исключить, что тот лишь симулировал сумасшествие. Некоторые специалисты по шизофрении считают, что известный английский средневековый проповедник Джордж Тросс, у которого в молодости отмечались зрительные и слуховые галлюцинации, а также кататоническое поведение, является ярким примером человека с шизофреническим расстройством, однако другие ученые полагают, что симптомы, наблюдавшиеся у Джорджа Тросса, больше подходят для алкогольного психоза.

В XVIII веке отмечены отдельные случаи заболевания, которое могло бы быть диагностировано как шизофрения, но число их крайне незначительно. И вдруг внезапно, на переломе столетий, шизофрения появляется в той своей форме, которую уже ни с чем другим не спутаешь. В одно и то же время Джон Хэслам в Англии и Филипп Пинель во Франции, независимо друг от друга, описали случаи заболевания, являющегося, вне всякого сомнения, шизофренией. После этого в течение всего XIX века количество описанных случаев этого заболевания все возрастало. Этот период можно считать временем драматического вторжения шизофрении в нашу жизнь. В 1809 году вышло второе издание книги Хэслама «Наблюдения над безумием», прекрасной работы с описанием бреда, галлюцинаций, мыслительных расстройств и даже результатами патологоанатомического исследования головного мозга. Составленные им истории болезни не оставляют никакого сомнения, что это именно то, что сегодня мы называем шизофренией. В 1810 году Хэслам опубликовал подробное описание одного пациента —шизофреника, дав своей работе заглавие «Иллюстрация сумасшествия: уникальный случай безумия» и заставляя нас, таким образом, предполагать, что в то время подобные случаи были совершенно не типичны.

Начиная с наблюдений Джона Хэслама и Филиппа Пинеля вплоть до конца девятнадцатого века в Европе продолжались споры по поводу того, происходит ли увеличение количества случаев безумия и если да, то почему. Еще в 1829 году сэр Эндрю Холлидей предупреждал, что «за последние двадцать лет количество психиатрических больных возросло более чем в три раза», а в 1835 году Дж. Причард добавил, что «везде бросается в глаза явное увеличение числа больных... Случаев сумасшествия стало гораздо больше, чем раньше». Во Франции Э. Реноден в 1856 году опубликовал развернутые данные о распространении безумия — особенно в городах и среди молодежи, а на следующий год, в Англии, Джон Хокс писал: «Я очень сомневаюсь, что когда-либо в истории было такое же количество сумасшедших, как в наши дни». В 1873 году Харрингтон Тьюк предупреждал, что «вал безумия медленно нарастает», а через три года Р. Джеймисон сказал: «Наиболее

заметным явлением наших дней стало вселяющее тревогу увеличение числа сумасшедших».

Те, кто верил в реальный рост количества психических заболеваний, предлагали этому самые разные объяснения, начиная с отрицательного влияния на наследственность увеличившегося числа браков между кровными родственниками и возросшей, вследствие развития цивилизации, сложности жизни, вплоть до влияния мастурбации, алкоголизма и развития железных дорог. Те же ученые, кто отстаивал противоположную точку зрения, заявляли, что имеет место статистический артефакт, вызванный увеличением продолжительности жизни психически больных людей, общественным движением за изоляцию «беспокойных» лиц в специальных заведениях и индустриализацией, приведшей к тому, что люди вынуждены ходить на работу и больше не могут держать своих больных родственников дома. Английский ученый Эдвард Хей детально проанализировал все эти аргументы и сделал вывод, что скорее всего в XIX веке действительно имело место увеличение числа психических заболеваний.

В Соединенных Штатах осознание возможного роста количества душевных заболеваний произошло несколько позднее, чем в Европе. Первая американская психиатрическая клиника открылась в Уйльямсбурге (штат Виргиния) в 1773 году. В ней имелось 24 койки, но в течение 30 лет они так ни разу и не были заняты все одновременно. За 43 года, в период с 1773 по 1816 годы, не было открыто больше ни одной подобной клиники, а в течение следующих тридцати лет их появилось еще 22.

На приведенном ниже графике (рис. 2) показано увеличение числа пациентов психиатрических клиник в США с 1830 по 1950 годы. Первое публичное заявление о росте душевных заболеваний прозвучало в 1852 году со стороны Плайни Эрла, одного из основателей Американской психиатрической ассоциации, предупреждавшего, что «умалишенных становится все больше». В 1854 году Эдвард Джарвис провел обширное обследование психиатрических больных в штате Массачусетс и убедился, что их число значительно возросло. В 1871 году Джарвис писал: «Доступные данные, независимо от их источников, неопровержимо свидетельст-

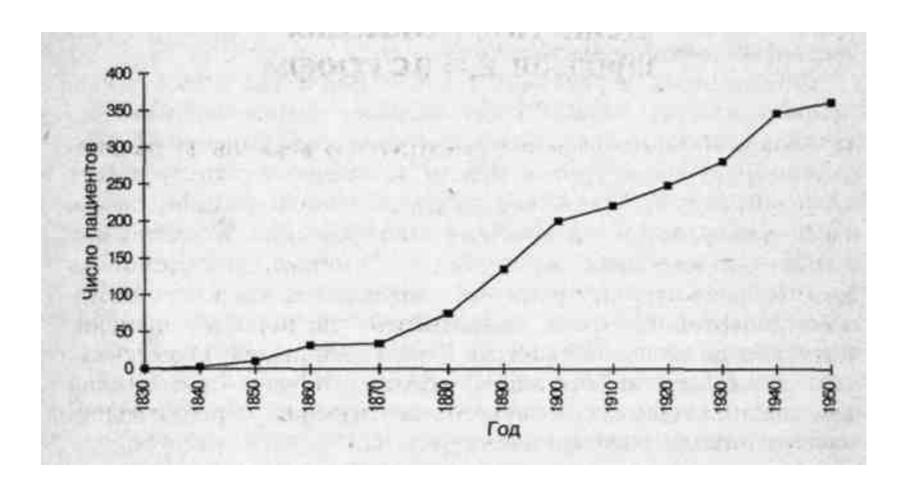


Рис. 2. Число пациентов в психиатрических клиниках США (в расчете на 100 000 человек) за период с 1830 по 1950 годы.

вуют об увеличении числа умалишенных». В 1894 году директор одной из массачусетских психиатрических клиник добавил, что «количество психически больных по сравнению с приростом населения увеличивается в два раза быстрее... Это продолжается уже 50 лет».

С началом первой мировой войны интерес к распространению душевных заболеваний спал. Более того, ретроспективный анализ, проведенный в работах Джеральда Гроба («Заведения для душевнобольных в США», 1973) и Дэвида Ротмана («Что такое психиатрическая больница», 1971) дает некоторые основания считать, что реального увеличения случаев безумия не было, что скорее имел место своего рода социологический артефакт. Таким образом, сейчас мы не можем уверенно сказать, происходил в описанный период рост числа душевных заболеваний или нет. Если отмеченное явление действительно существовало, а, с большой долей вероятности, так оно и было, этот факт может дать нам ключ к разгадке причин возникновения шизофрении.

Деинституализация: зародыш катастрофы

В течение первой половины двадцатого века число пациентов в государственных психиатрических клиниках США увеличилось в три с половиной раза — с 144 653 человек в 1903 году до 512 501 в 1950 году. Относительно всего населения это увеличение было почти двукратным, причем самую большую группу пациентов составили люди с диагнозом шизофрении. Это обстоятельство до поры до времени, а именно до начала второй мировой войны, не привлекало серьезного внимания общественности, но затем произошли два события, сразу же поставившие проблемы психических заболеваний в центр внимания.

Первым событием стало чрезвычайно большое число психически больных молодых людей, которые по этой причине не подлежали призыву на военную службу. Генерал Льюис Б. Херши после войны в своем отчете на сенатской комиссии доложил, что по причине психических заболеваний были забракованы 856 тысяч юношей, то есть 18 процентов от общего числа людей призывного возраста. Вторым событием стало направление «сознательных отказников», то есть тех, кто в силу своих убеждений отказывался держать в руках оружие, на альтернативную службу в психиатрические клиники. Среди этих «отказников» были молодые идеалисты из квакеров, менонитов и приверженцев церкви методистов, и они стали протестовать против антигуманных условий, с которыми столкнулись в этих клиниках. Они обратились в прессу, организовали проведение проверок и слушания в Конгрессе США. В штате Кентукки, например, оказалось, что на каждого госпитализированного психиатрического пациента приходится лишь 146 долларов И центов *в год.* В Вашингтоне, в клинике Св. Елизаветы, обслуживающим персоналом были убиты 20 пациентов, но «ни по одному из случаев никому не было предъявлено никаких обвинений».

Шестого мая 1946 года в журнале «Лайф» вышла большая статья на тринадцати страницах об условиях в муниципальных психиатрических лечебницах, она называлась «Бедлам 1946: Большинство американских клиник для ду-

шевнобольных — это позор и унижение нации». Статья основывалась на сообщениях упомянутых выше «отказников» и включала в себя фотографии обнаженных пациентов, живущих в отвратительных условиях. В то же самое время журнал «Ридерз дайджест» начал печатать выдержки из романа Мэри Джейн Уорд «Змеиная нора» с подробными и наводящими ужас зарисовками из жизни женщины, помещенной в психиатрическую лечебницу. В сентябре 1946 года молодой репортер газеты «Дейли Оклахомен» Майк Горман опубликовал серию статей о психиатрической больнице штата Оклахома («по сравнению с тамошней столовой ад, описанный Данте, кажется респектабельным клубом»), которые на следующий год вышли отдельной книгой. В 1948 году Альберт Дейтч издал книгу «Позор Штатов», основанную на впечатлениях от посещений психиатрических клиник в 12 различных штатах. Дейтч заявил, что «в некоторых из них можно было наблюдать сцены, по сравнению с которыми меркнут даже события в нацистских концлагерях — сотни обнаженных душевнобольных, набившиеся в огромные, грязные бараки...», и в подтверждение своих слов снабдил книгу фотографиями. Таким образом проблема положения душевнобольных в Америке попала в центр общественного внимания, чего до тех пор еще не случалось.

В результате был выбран путь деинституализации[1], чему способствовало открытие в 1950-х годах первых сильнодействующих психотропных препаратов — хлорпромазина и резерпина. Толчком к такой политике послужило избрание в 1960 году президентом США Джона Кеннеди, который предоставил средства для резкого сокращения численности пациентов в государственных психиатрических клиниках. У младшей сестры Кеннеди было открыто признано наличие задержки умственного развития, хотя фактически она страдала запущенной шизофренией, в связи с чем подверглась лоботомии[2]. Кеннеди возглавил движение в поддержку умственно отсталых и психически больных людей и предло-

1. Деиституализация — здесь: «разгосударствление», резкое сокращение числа пациентов в государственных психиатрических клиниках *{прим. перев.).*
2. Лоботомия — операция, связанная с рассечением лобных долей головного мозга, часто приводившая к нарушению интеллекта. В настоящее время в нашей стране не применяется *(прим. перев.*).

жил создать сеть Окружных центров психического здоровья (ОЦПЗ), финансируемых из федерального бюджета, которые были бы альтернативой психиатрическим больницам штатов. В своем обосновании необходимости ОЦПЗ Кеннеди специально отметил: «Доказано, что каждые двое из трех шизофреников — самой многочисленной категории душевнобольных — излечимы и могут быть выпущены из клиники не позднее чем через шесть месяцев». Это начинание стало самым крупным провалившимся социальным экспериментом в Америке двадцатого века и сравнимо по своим последствиям со спуском на воду своеобразного психиатрического «Титаника».

Масштабы деинституализации с трудом поддаются восприятию (рис. 3). В 1955 году в государственных психиатрических клиниках насчитывалось 559 тысяч хронически больных. Сегодня их менее 90 тысяч. Численность населения в период с 1955 по 1993 годы выросла со 166 до 258 миллионов человек, а это значит, что если бы на душу населения в 1993 году приходилось такое же количество госпитализированных пациентов, как и в 1955 году, то общее их число составило бы 869 тысяч. Следовательно, в настоящее время примерно 780 тысяч человек, то есть более трех четвертей миллиона, которые в 1955 году находились бы в психиатрических лечебницах, сегодня живут среди нас. Это также означает, что *90 процентов из тех, кто сорок лет назад был бы помещен в психиатрическую больницу, сегодня в ней не находится.*

Огромное большинство таких людей вполне успешно могут жить вне больницы, но только при наличии необходимого ухода и медикаментозной терапии. В этом смысле деинституализация была и есть оправданной и гуманной идеей. Тогда почему же она принесла с собой такие катастрофические последствия? Ниже я перечисляю шесть основных причин.

1. *Неправильное понимание причин серьезных психических заболеваний.* Когда деинституализация в начале 60-х годов набирала силу, большое влияние на умы имели книги Томаса Шаша «Миф о психических заболеваниях» (1961) и Кена Кизи «Пролетая над гнездом кукушки» (1962). Было широко распространено мнение, что причиной психических

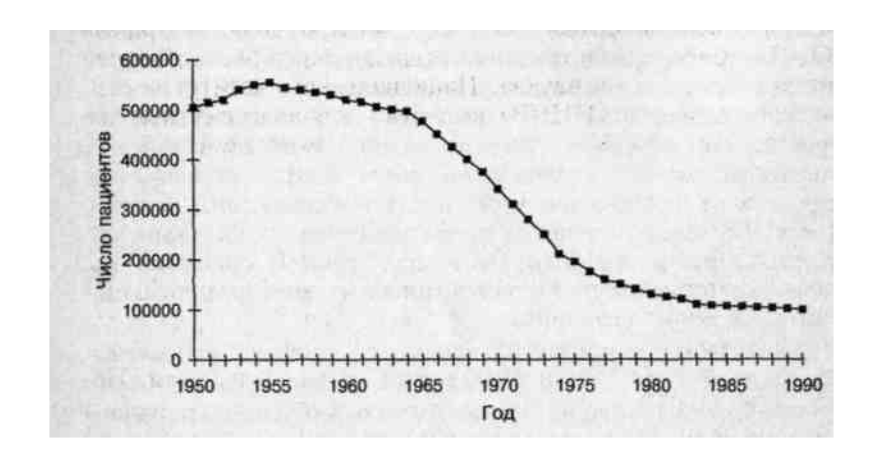


Рис. 3- Размеры деинституализации: число пациентов в муниципальных психиатрических клиниках (1950-1991).

заболеваний часто бывает именно госпитализация, так что чем скорее мы выпустим на свободу подобных пациентов, тем лучше им будет потом. Этот романтический подход неверен в самой своей основе и просто наивен.

2. Провал попытки перераспределения ресурсов, выделяемых клиникам на окружные программы помощи психически больным. Несмотря на массовый отток пациентов из психиатрических больниц, это никак не сказалось на их кадровых и финансовых ресурсах. В штате Нью-Йорк, например, число пациентов психиатрических клиник за 25 лет сократилось с 93 до 24 тысяч, но не было закрыто ни одной больницы, причем штат их сотрудников увеличился с 23,8 тысяч до 37 тысяч человек. Основным тормозом на пути перераспределения ресурсов стали профсоюзы и влиятельные члены правительств штатов из сельских районов, где подобные клиники были одним из главных поставщиков рабочих мест.

3. *Полный провал программы создания Окружных центров психического здоровья (ОЦПЗ).* Федеральная программа ОЦПЗ стоимостью в три миллиарда долларов была обречена на провал с самого начала. Национальный институт психического здоровья (НИПЗ) выпустил довольно смутные рекомендации, причем отнюдь не по недосмотру обошел в них психиатрические структуры на уровне штата, тем самым не предусмотрев кооперацию психиатрических клиник штатов и ОЦПЗ. Лишь примерно пять процентов из 789 финансируемых федеральным правительством ОЦПЗ приняли на себя ответственность за выпущенных из этих клиник пациентов, а остальные центры выбрали для себя в качестве первоочередных задач психотерапию и проведение психологических консультаций по вопросам семьи и личности. Некоторые ОЦПЗ выстроили у себя на федеральные деньги шикарные плавательные бассейны и теннисные корты, а один из ОЦПЗ в штате Флорида даже нанял специального инструктора по плаванию.

4. *Деструктивная роль юристов.* В период с 1965 по 1990 годы, когда деинституализация шла полным ходом, число юристов в США увеличилось с 296 тысяч до 800 тысяч, то есть его рост опережал рост численности населения в четыре раза. Некоторые из них прочли книгу Шаша «Миф о психических заболеваниях» и посвятили себя возбуждению судебных исков против исполнительных органов отдельных штатов. Они ратовали за «освобождение» пациентов из психиатрических клиник, сделав тем самым принудительную госпитализацию и лечение психически больных чрезвычайно трудной задачей, а также постарались приспособить законодательство штатов к ускоренному проведению в жизнь идеи деинституализации. Своих целей подобные юристы достигали с помощью таких организаций, как «Американский союз по защите гражданских свобод» и «В защиту проекта закона о психическом здоровье». В качестве награды за свою деятельность они имеют теперь огромное число бездомных, психически больных людей, которые зато свободны — свободны находиться в состоянии постоянного психоза.

5. *Недоступность специалистов — психиатров и психологов.* Федеральные субсидии на профессиональную подготовку психиатров, психологов и работников социально-пси-

хиатрического направления начались в 1948 году и через двадцать лет достигли суммы в 119 миллионов долларов в год. Подобные субсидии со стороны штатов достигали еще более значительных сумм. Тем не менее готовились специалисты по вопросам психического здоровья, а отнюдь не по психическим заболеваниям. От них не требовалось никакой немедленной отдачи затраченных на их подготовку средств, так что большинство из них тут же начинали заниматься частной практикой в области психотерапии. В 1980 году одно из обследований таких частно практикующих специалистов выявило тот факт, что лишь шесть процентов лиц, осмотренных психиатрами, и три процента лиц, осмотренных психологами, были когда-либо госпитализированы по причине психического заболевания. Для большинства душевнобольных, оказавшихся «на улице» в результате деинституализации, услуги профессионалов стали просто недоступны.

6. *Стимулирование максимальной разгрузки психиатрических клиник.* Согласно положениям федерального закона об ОЦПЗ, пациенты с хроническими психическими заболеваниями, которых выписывали из психиатрических клиник, имели право на услуги по следующим федеральным программам: программам медицинской помощи «Медикейд» и «Медикар», программе дополнительного страхования (SSI), программе социального обеспечения по нетрудоспособности (SSDI), программам по предоставлению специализированных жилищ и льгот на продукты питания и некоторым другим. В действительности же это означало то, что до тех пор, пока человек находился в психиатрической больнице штата, финансовую ответственность за него нес данный штат, но как только он покидал больницу, финансовое бремя по уходу за ним переносилось на федеральное правительство. Поэтому у штатов появилась серьезная финансовая заинтересованность в том, чтобы разгрузить свои психиатрические клиники при одновременном полном отсутствии заинтересованности в том, чтобы обеспечить бывшим пациентам надлежащую реабилитацию. Властям штатов не потребовалось много времени, чтобы научиться играть в эти игры, и это стало одной из главных причин краха программы деинституализации.

Учитывая все вышеизложенное, немудрено, что программа деинституализации потерпела полный провал. Бездомность, тюрьмы, жестокость, насилие, приюты, хождение по замкнутому кругу, недоступность профессиональной помощи, минимум лечения — все это можно было предсказать заранее. Я мог бы попросить человека, страдающего тяжелой формой шизофрении, разработать схему проведения деинституализации, и даже в этом случае, я уверен, результат оказался бы лучше, чем то, что мы имеем в настоящее время.

Кого следует в этом винить? Возложение всей ответственности на консервативных политиков, в особенности на бывшего президента Рейгана, как это часто делают большинство профессионалов в области охраны психического здоровья, является не более чем политическим ходом, имеющим мало общего с действительностью. Программа деинституализации претворялась в годы правления восьми президентов, из них четверо были демократами (Кеннеди, Джонсон, Картер и Клинтон) и четверо — республиканцами (Никсон, Форд, Рейган и Буш). Практически вина за провал деинституализации в равной мере лежит на специалистах — психиатрах, психологах, работниках социально-психологических служб, юристах, представителях администрации штатов и руководителях федеральных органов, — на всех, кто отвечал за проведение программы в жизнь.

Глава 2

Мир безумия: взгляд изнутри

Что для меня означает шизофрения? Усталость и затемнение сознания, постоянные попытки подразделить происходящие события на реальные и нереальные, а иногда и состояние, когда границы между ними размыты. Она означает безнадежные попытки собраться с мыслями, когда происходящие события путаются, когда мысль словно исчезает из головы, так что с людьми становится невозможно говорить. Она означает иногда чувство, что ты словно находишься внутри своего мозга и видишь, как ты идешь по его закоулкам или замечаешь кого-то другого, одетого в твой костюм и совершающего те поступки, о которых ты думал. Она означает постоянное ощущение, что ты находишься под наблюдением, что ты никогда в жизни ничего не добьешься, потому что все законы против тебя, ощущение, что полное разрушение твоей личности совсем недалеко.

Рассказ больного шизофренией, описанный в книге Генри Р. Роллина «Борьба с шизофренией»

Когда в нашей жизни происходит трагедия, мы, как никогда раньше, начинаем ощущать, как много значат для нас понимание и поддержка со стороны друзей и родственников. Человек может оказаться жертвой стихийного бедствия, например наводнения или тяжелого хронического заболевания, такого, как рак, и тогда его близкие предлагают свою помощь, выражают поддержку и сочувствие, столь необходимые ему в этот момент. «Мы ощущаем сочувствие, — писал Эмерсон, — как общую атмосферу поддержки, в которой нам становится легче». Необходимым условием действенного сочувствия является способность поставить себя на место пострадавшего. Нужно представить, что *ты сам* оказался среди жертв наводнения, что *ты сам* болен раком. Если отсутствует сопереживание, если человек не может поставить себя на место другого, он оказывается способным

только на абстрактную жалость, а не на искреннюю поддержку.

Выражать сочувствие и поддержку больному шизофренией очень нелегко именно потому, что почти невозможно поставить себя на его место. Само понятие душевного заболевания окутано мраком таинственности, оно является чем-то чуждым и для большинства людей пугающим. Можно представить себе, что чувствует человек, который лишился всего своего имущества и чуть не погиб. Можно вообразить себе медленно растущую опухоль, постепенно распространяющуюся от органа к органу и подавляющую жизненные силы организма. При всем своем трагизме эти ситуации не выходят за рамки привычных понятий. Но шизофрения — это безумие. Страдающие от нее люди совершают непонятные поступки, говорят странные вещи, убегают от нас, могут даже пытаться причинить нам вред. Это уже не тот же самый человек — *он сошел с ума!* Мы не понимаем, почему этот человек говорит то, что он говорит, и делает то, что он делает. Мы не можем понять сам процесс развития этого заболевания. Это совсем не похоже на постепенный рост злокачественной опухоли, что еще можно себе представить; это скорее напоминает потерю человеком контроля за работой своего головного мозга. Как можно сопереживать человеку, действиями которого руководят какие-то вселившиеся в него неизвестные и невидимые силы? Как можно выражать искреннее сочувствие сумасшедшему?

Отсутствие понимания и поддержки делает положение больных шизофренией еще более бедственным. Быть больным ужасно само по себе. Если вы не испытали на себе эту болезнь, вы должны спросить себя, что бы вы делали, например, в ситуации, если бы ваш мозг вдруг вздумал выкидывать всяческие штучки, если бы на вас постоянно орали какие-то невидимые голоса, если бы вы потеряли способность ощущать эмоции и логически мыслить? Наверное, вы согласитесь, что такое состояние будет очень тяжелым, почти невыносимым бременем для любого человека. Но что если в дополнение ко всему этому вас начнут избегать самые близкие вам люди, если они станут делать вид, что не слышат ваших замечаний и не обращают внимания на то, что вы делаете? Как бы вы себя чувствовали, если

бы своим каждодневным поведением мешали тем, кого любите больше всего?

Поскольку в обществе мало знают о шизофрении, постольку и больным выражается недостаточно сочувствия и поддержки. В связи с этим каждый, у кого близкий человек или друг болен шизофренией, обязан узнать как можно больше об этой болезни и о том, что испытывает сам больной. Это не просто интеллектуальное упражнение и не способ удовлетворить собственное любопытство, это возможность научиться выражать больному сочувствие и поддержку. Для родственников и друзей больных, стремящихся быть полезными страдающему от шизофрении человеку, наиболее важным будет знакомство с их внутренним миром. Одна мать, выслушав описание галлюцинаций своего больного сына, написала мне: «Я внимательно всматривалась в его галлюцинации, и иногда у меня от ужаса волосы вставали дыбом. Это помогло мне выйти за рамки собственной трагедии и представить, насколько ужасна она для самого больного. Я благодарна Богу за то, что он дал мне это страшное знание. Теперь мне легче со всем этим бороться».

При наличии понимания и сочувствия шизофрения — это личная трагедия. Без них — семейная катастрофа, разрыв уз, связывающих людей друг с другом, открытая рана, которую ничем невозможно залечить. Понимание шизофрении поможет снять с этой болезни покров таинственности и вывести ее из. мрачного царства оккультизма на дневной свет разума. По мере нашего понимания лик безумия постепенно теряет свои ужасные черты и становится просто печальным. Для больного человека это значит очень много.

Лучший способ узнать, что испытывает больной шизофренией, — это внимательно его слушать. Поэтому я буду часто ссылаться на описания симптомов и признаков этой болезни, сделанные самими пациентами. В английской литературе можно найти огромное количество прекрасных описаний такого рода, но в то же время одна из наиболее широко читаемых книг «Я никогда не обещала тебе райские кущи» Ханны Грин в этом смысле не очень полезна. В ней описывается пациент, которому, учитывая новейшие научные данные, никогда не поставили бы диагноз шизофрении, скорее у него была *истерия* (часто сейчас называемая *соматизированным расстройством).*

Внимательно выслушивая описания внутренних переживаний, сделанные больными шизофренией, и наблюдая за их поведением, можно отметить определенные ненормальности:

1. Изменение восприятия.
2. Неспособность разделять и интерпретировать внешние ощущения и, следовательно, неспособность адекватно на них реагировать.
3. Бред и галлюцинации.
4. Изменения внутреннего «я» и схемы тела.
5. Изменения в эмоциях.
6. Изменения в движениях.
7. Изменения в поведении.

Нет такого симптома или признака, который присутствовал бы у всех больных шизофренией, — окончательный диагноз основывается на общей клинической картине. У одного больного больше проявляется один симптом, у другого — другой. В то же время нет ни одного симптома или признака шизофрении, который был бы свойствен исключительно этому заболеванию. Все характерные для шизофрении симптомы встречаются, по крайней мере в виде исключения, и при других заболеваниях головного мозга, например при опухоли или височной эпилепсии.

Изменение восприятия

В рассказе Эдгара По «Сердце-обличитель» (1843) главный герой, явно впавший в шизофреническое состояние, восклицает, обращаясь к читателю: «А теперь — главное, вы вообразили, будто я сошел с ума. Но сумасшедшие же ничего не смыслят. А посмотрели бы вы на меня!»[1]. Будучи признанным экспертом по самым темным закоулкам человеческой души, По ухватил самую суть проблемы. Изменение интерпретации окружающего, связанное с изменением восприятия, особенно заметно на начальных стадиях шизофренических расстройств и, судя по одной из работ, может быть выявлено почти у двух третей всех пациентов. Авторы

\.*По Э. А.* Сердце-обличитель//По Э. А. Собр. соч. в 2 т.-СПб, 1995.

этой работы делают вывод: «Наиболее общим признаком на ранней стадии шизофрении является расстройство деятельности органов чувств». Чаще всего описание этого состояния можно услышать от пациентов, вышедших из психотического эпизода, и очень редко — от больных, страдающих тяжелыми или хроническими психозами. Последние затрудняются описать произошедшие в их восприятии изменения. Эти изменения могут выражаться как в усилении восприятия (что встречается чаще), так и в его ослаблении. Герой Эдгара По отличался прежде всего резким обострением слуха:

> Ну да! Я нервен, нервен ужасно — дальше уж некуда; всегда был и остаюсь таким; но откуда вы взяли, что я — сумасшедший? Болезнь лишь обострила мою восприимчивость, а не нарушила, не притупила ее. Особенно же изощрился мой слух. Я слышал все сущее в небесах и в недрах. Я слышал многое в преисподней. Какой же я сумасшедший? Вот послушайте только! Да заметьте, как здраво и гладко поведу я свой рассказ.

Другой человек может описывать это так:

> Некоторое время назад я заметил, что все шумы мне кажутся громче, чем обычно. Это было, словно кто-то повернул ручку громкости приемника... Это касалось прежде всего фонового шума — ну, вы знаете, что я имею в виду — тех шумов, что постоянно присутствуют вокруг, но вы их просто не замечаете. Сейчас же они кажутся настолько громкими, что иногда пересиливают основной, конкретный шум... Это иногда даже немного опасно, так как становится трудно сосредоточить внимание на чем-то одном, ведь вокруг столько всего происходит, что просто нельзя удержаться и не прислушаться.

Изменение зрительного восприятия встречается даже чаще, чем слухового. Один из пациентов рассказывал:

> Сейчас все цвета кажутся ярче, будто они подсвечены изнутри. Я не могу быть уверен, что окружающие вещи тверды, пока до них не дотронусь. Мне кажется, что сейчас я различаю больше цветовых оттенков, чем раньше, хотя у меня и нет художественных наклонностей. Цвета стали ярче, но одновременно в них что-то не так. Предметы, на которые я гляжу, кажутся немного увеличенными, как бывает, когда их рассматриваешь, уткнувшись в них носом. Может, это оттого, что я теперь замечаю в вещах много нового и часто ловлю себя на том, что подолгу рассматриваю их. Меня притягивают не только цвета, но и все мелочи, например отметины на поверхности предметов.

Другой же отмечал не только насыщенность цветовых оттенков, но и трансформацию привычных предметов:

> Вещи кажутся подрагивающими, вибрирующими, особенно все красное; люди приобретают демоническую внешность — с черным силуэтом и белыми блестящими глазами; все предметы — стулья, дома, заборы — живут своей собственной жизнью, делают угрожающие жесты, оживают.

В некоторых случаях подобные изменения в зрительном восприятии делают окружающее лучше, чем оно есть на самом деле:

> Очень многое кажется радостным, психоделическим; все сияет. Я работал в ресторане, и он казался мне более роскошным, чем был в действительности.

Иногда же эти изменения восприятия искажают очертания предметов и делают их угрожающими:

> Люди кажутся деформированными, словно они после пластической операции или их мышцы прикреплены к другому скелету.

> Лица людей становятся вытянутыми.

> Фигуры людей были деформированы, жестки, будто их обмазали штукатуркой.

Цветовые оттенки, и структура материала могут как бы переходить друг в друга:

> Я видел все гораздо ярче, насыщеннее и отчетливее, вплоть до наитончайшей линии. Видел я и яркую однородную поверхность, как вода, но твердую. Через некоторое время вещи грубели и снова погружались в тень.

Иногда усиливается и зрительное, и слуховое восприятие, как это произошло с одной девушкой:

> Эти кризисы совсем не ослабевали, наоборот, они, скорее, усиливались. Однажды, когда я была в кабинете директора школы, комната вдруг стала просто огромной, залитой ярким электрическим светом, отбрасывавшим фальшивые тени. Все казалось неправдоподобно точным, гладким, искусственным, сверхотчетливым; столы и стулья казались расставленными тут и там экспонатами. Дети и учителя были марионетками, дергающимися без всякой на то причины. Я никого и ничего не узнавала. Словно из всех этих людей и предметов вдруг испарилась вся реальность. Меня охватил глубокий ужас, в отчаянии я озиралась вокруг, ища помощи. Я слышала, как люди разговаривали, но значения слов до меня не доходили. Их голоса имели металлический отзвук, в

них не было никакого тепла или оттенков. Время от времени, откуда ни возьмись, возникало какое-то слово, у меня в голове оно снова и снова повторялось — абсурдно, словно его высекли ножом.

Обострение восприятия тесно связано с переизбытком поступающих сигналов, раздражителей. Дело не в том, что органы чувств становятся более восприимчивыми, а в том, что люди начинают все видеть и слышать. Обычно наш мозг отфильтровывает большинство поступающих сигналов и звуков, позволяя тем самым нам на чем-либо сконцентрироваться. Похоже, что у многих больных шизофренией этот фильтрующий механизм отключается, позволяя нерегулируемому потоку сенсорных раздражителей попадать в мозг.

Один из пациентов так описывал поток звуковых сигналов:

Кажется, что все притягивает мое внимание, хотя ничем особенным я не интересуюсь. Сейчас я разговариваю с вами, но одновременно слышу шумы, раздающиеся за соседней дверью и в коридоре. Мне трудно отсечь их и поэтому тяжело сконцентрироваться на том, что я вам говорю. Часто мое внимание привлекают самые идиотские вещи. Нет, не так! Они меня не привлекают, я просто ловлю себя на том, что обращаю на них внимание, и это отнимает у меня огромное количество времени.

А так — зрительных:

Иногда во время следующих друг за другом периодов беспокойства происходило какое-то расстройство зрения, вплоть до возникновения галлюцинаций. В некоторые моменты мои глаза становились вдруг сверхчувствительны к свету. Обычные цвета казались гораздо ярче, а солнечный свет — просто ослепительным. В эти моменты даже просто читать было невозможно, буквы казались неестественно черными.

Часто подобные явления происходят совместно:

Я много бы мог рассказать вам — может быть, больше многих других безумных людей: о приходах и уходах, о погоде, что передавали в новостях, что мы ели, какую музыку слушали, о чем и что говорили. У меня словно была какая-то особая фокусировка. Я мог бы нарисовать портреты людей, проходивших мимо меня по улице. Я помнил номера машин, которые проезжали мимо, пока мы ехали в Ванкувер. Помню, что за бензин мы заплатили 3 доллара 57 центов. Пока мы стояли там, по радио передали восемнадцать сигналов.

> Со стороны мы можем казаться кем-то, «кто живет не в реальном мире». На самом же деле мы ощущаем так много «реальности», что это нас часто путает, а иногда совершенно переполняет.

Как становится ясно из вышеприведенных примеров, когда такое множество внешних сигналов обрушивается на мозг, становится очень трудно концентрироваться и сосредоточивать на чем-то внимание. В одной из работ говорится, что более половины больных шизофренией отмечают расстройство внимания и ощущения времени. Один из пациентов описывает это следующим образом:

> Иногда, когда ко мне обращаются, моя голова переполнена. Мне трудно все это удержать, и выходит из головы все так же быстро, как и входит. Это заставляет вас тут же забывать все, что вы только что слышали, так как становится просто невозможно воспринимать что-либо достаточно долго. Сказанное остается просто повисшими в воздухе словами до тех пор, пока вы не прочтете это по лицу говорившего.

При шизофрении могут затрагиваться и другие органы чувств, не только зрение и слух. Мэри Барнс в своем автобиографическом повествовании о «путешествии в безумие» вспоминала, «как это было ужасно, когда до тебя дотрагивались... Однажды медсестра попробовала подстричь мне ногти. Это прикосновение подействовало на меня так, что я попыталась ее ударить». Один больной шизофренией студент-медик рассказывал, что «прикосновение к любому пациенту действовало на меня, словно удар электрическим током». Другой пациент описывал ужас от ощущения дохлой крысы в своем горле и «вони во рту от ее разлагавшегося внутри меня трупа». Иногда отмечается и повышенная чувствительность половых органов, что одним пациентом описывалось как «сексуальное возбуждение, из-за которого не было ни минуты покоя, ни минуты отдыха». Как-то мне пришлось работать с юношей, убежденным, что его половой член стал черным. Он так этого боялся, что настаивал, чтобы врачи или кто угодно из находившихся вблизи людей каждые пять минут проверяли состояние его полового члена. Он был госпитализирован после того, как пришел на почту, где работала его девушка, и предложил ей освидетельствовать его перед всей очередью.

Еще одним аспектом обострения чувств является переполнение головы мыслями. Мозг словно бомбардируется

раздражителями, как внешними (звуками, зрительными образами), так и внутренними (мыслями, воспоминаниями). Один из психиатров, тщательно изучавший этот вопрос, заявил, что до сих пор мы недостаточно внимания уделяли действию именно внутренних раздражителей.

> Проблема у меня была в том, что во мне было слишком много мыслей. Вы могли подумать о чем-то, скажем, о мундштуке — да, это для того, чтобы вставлять сигарету; а у меня, помимо этой мысли, в то же время в голове была дюжина других, связанных с мундштуком.

> Я никак не могла сконцентрироваться. Мысли перепрыгивали с одного на другое. Если я говорила с кем-то, стоило ему или ей положить ногу на ногу или почесать голову, как это меня отвлекало, и я забывала, что только что говорила. Мне казалось, что сконцентрироваться было легче, когда мои глаза были закрыты.

Эта же больная так описывала наплыв прошлых воспоминаний:

> Детские ощущения возникали, как некие символы. В голове проносились какие-то обрывки давних разговоров... Я начала думать, что нахожусь под гипнозом, что я могла бы вспомнить, что происходило со мной в первые четыре с половиной года моей жизни... Я думала, что мои родители специально кому-то рассказали о детсадовских воспитателях и врачах — может, даже мужу — в надежде, что воспоминания о моих детских годах придадут мне новые силы.

Возможно, именно повышенная способность больных шизофренией к воспоминанию связанных с детством событий и заставила психоаналитиков ошибочно предполагать, что эти события как-то причинно связаны с шизофренией (мы подробнее обсудим это в главе 6). Никаких научных доказательств в поддержку этих теорий, однако, не существует, наоборот, имеются многочисленные факты, свидетельствующие об обратном.

Одним из типов подобного «наплыва мыслей» являются так называемые вложенные мысли. Это явление обычно описывается пациентами как ощущение того, что кто-то «вкладывает» мысли в его голову, и считается большинством психиатров явным симптомом шизофрении.

> Все «мысли» мне казались такими, словно кто-то «проговаривает» их в моей голове. Когда в какой-нибудь компании это ощущение становилось сильнее (наверное, проявлялась некоторая форма са-

мосознания), я не желал, чтобы эти мысли приходили ко мне, но все равно я продолжал их.«слышать» (как и раньше), так что иногда мне требовалась вся моя воля, чтобы заставить себя «не думать» (в форме «слов») о всяких абсурдных вещах. Эти «мысли» для меня ничего не значат, просто приводят к недостаточной концентрации, чем бы я в этот момент ни занимался.

Учась в колледже, я «знал», что все обо мне думают и болтают, а местный аптекарь просто доводил меня тем, что вкладывал в мою голову свои мысли и заставлял меня покупать совершенно ненужные вещи.

Когда в голове человека происходит нечто подобное, немудрено, что ему трудно сконцентрироваться.

Меня как-то пригласили поиграть в шашки. Я начал играть, но продолжать не мог — я был слишком поглощен собственными мыслями, особенно касавшимися приближающего конца света и ответственности за применение силы, направленной на уничтожение человека. К вечеру в моей голове просто бурлил водоворот. Это было похоже на день Страшного суда; все люди стремились на него попасть, все прибывая и прибывая отовсюду.

Становится невозможным сконцентрироваться даже на такой простой вещи, как переход из одного здания в другое.

Страх делал меня просто больным; например, утром я вышел, чтобы навестить своего друга, лечившегося в соседнем санатории. Тропинка туда шла по лесу, путь был недалеким и хорошо обозначенным. Заблудившись в густом тумане, я не заметил здания и бродил вокруг него; страх все нарастал и совсем заполонил меня. Постепенно до меня доходило, что этот страх вызван ветром; да и деревьями, огромными и черными в этой мгле, но прежде всего ветром. Вдруг я понял значение этого послания: холодный ветер с Северного полюса хотел разрушить Землю, уничтожить ее. Может, это было своего рода знамением, что совсем скоро Земля опустеет. Эта мысль мучила меня все сильнее и сильнее.

Эссо Лиит, написавшая много полезных статей с точки зрения больного, описывает аналогичные впечатления на ранних стадиях своей болезни примерно так же:

Был вечер, и я гуляла по пляжу недалеко от своего колледжа во Флориде. Вдруг мое восприятие резко изменилось. Усиливающийся ветер стал предвестником чего-то ужасного. Я чувствовала, что это ощущение становится все сильнее, мне казалось, что ветер сейчас меня схватит и унесет. Деревья вокруг, казалось, угрожающе склонялись и пытались схватить меня своими ветками. Я страшно испугалась и побежала. И хотя я знала, что бегу, это

не помогло, мне по-прежнему казалось, что я растворилась во времени и пространстве.

Если все чувства и мысли внезапно обостряются до предела, то возникающая в мозге какофония должна пугать, вызывать неприятные ощущения, как это и следует из многочисленных описаний пациентов. Однако на самых ранних стадиях заболевания, еще до того как сверхвосприятие станет слишком сильным, оно может доставлять людям удовольствие. Во многих описаниях первых дней развития шизофрении говорится о необычайно приподнятом состоянии, называемом обычно ощущением *экзальтации.* Такая экзальтация также присуща заболеваниям маниакально-депрессивного характера и наркомании. Одна из пациенток описывает это состояние следующим образом:

Вдруг все мое существо наполнилось светом и любовью, каким-то идущим из глубины чувством радости и отзывчивости. Меня охватило состояние глубочайшего самопознания и просветления. Что можно о нем сказать? Это — как безоблачное, ослепительно голубое небо разума, наполненное теплым ласкающим солнечным светом.

Многие пациенты воспринимают подобные явления в рамках своей религиозности и верят, что их коснулась рука Божья.

До прошлой недели меня совершенно переполняли эмоции, которые я не мог выразить, затем наконец я стал разделять их с кем-то другим. Я начал говорить предварительно не подумав и ощущать присутствие других людей и Бога. Я глубоко сопереживал этим людям, чувствовал тесную связь с ними. Та сторона моей личности, которая раньше подавляла эмоции, больше не ощущалась. Я достигал все большего и большего уровня самопознания и радости. У всего, что мне говорили, появлялся скрытый смысл, все имело отношение к Жизни. Все реальное, казалось, имело свой смысл. Я глубоко чувствовал Жизнь и Бога. Я пошел в церковь, и все элементы службы обрели свой смысл. Чувства мои обострились. Меня очаровывали самые незначительные вещи и детали. Появилось ощущение, как можно улучшить мир — так, как это сделали бы художники и архитекторы. Я подошел к пределу эмоциональности, но мне было очень хорошо наедине с собой, очень легко. Это дало мне прекрасное ощущение силы. Оно не было похоже на какой-то широкий и глубокий взгляд на мир. Я как бы потерял связь с внешним миром и ощущение времени. В каком-то смысле все вокруг было погружено в дымку, я был как бы во сне. Я видел глубинную сущность проблем других людей, мог проник-

нуть в их скрытую суть. Это было ощущение любви к каждому человеку в этом мире.

После таких описаний кажется отнюдь не удивительным, что повышенная религиозность считается одним из наиболее типичных ранних симптомов шизофрении.

При шизофрении восприятие может не только обостряться, но и притупляться. Подавление восприятия чаще встречается на поздних стадиях заболевания, тогда как обострение чувств больше свойственно его ранним стадиям. Это подавление описывается как «тяжелая штора, опущенная на мозг; это напоминает тяжелую грозовую тучу, затрудняющую использование органов чувств». Свой собственный голос может звучать глухо или как бы издалека, в глазах может все расплываться и колебаться: «Как я ни вглядывался, все было как бы в дымке, и некоторые детали, например рисунок на ковре, просто исчезали».

Одно из ощущений, которое при шизофрении может подавляться вплоть до исчезновения, — это ощущение боли. Хотя это явление встречается не очень часто, оно имеет серьезное практическое значение для тех, кто заботится о больном, так как последствия его могут быть весьма драматичными. Сейчас модно приписывать его действию медикаментозного лечения, но описано это явление было еще за |двадцать-тридцать лет до широкого распространения антипсихотических лекарственных препаратов. Например, в старых учебниках по хирургии приводятся многочисленные свидетельства о проведении операций по удалению аппендикса у больных шизофренией с небольшой или вообще без всякой анестезии. У одной из моих пациенток был обширный абсцесс молочной железы (мастит), о котором никто ничего не знал до тех пор, пока гной не просочился сквозь платье. Хотя в обычных условиях мастит очень болезнен, она утверждала, что совершенно не чувствует боли. Медсестры и сиделки, длительное время ухаживающие за больными шизофренией, могут рассказать тысячи историй о случаях переломов, прободения язвы, разрывов аппендикса, на которые их пациенты не реагировали. С медицинской точки зрения это необходимо учитывать, когда пациент выглядит больным, но на боль не жалуется. Именно поэтому некото-

рые страдающие шизофренией люди обжигают себе пальцы, выкуривая сигарету до конца.

Нельзя исключить возможность, что все рассмотренные случаи изменения восприятия можно привести к общему знаменателю. Все поступающие внешние сигналы проходят Через лимбическую область, расположенную в нижних отделах головного мозга. Именно эта область, похоже, и участвует в зарождении шизофрении (мы обсудим это в главе 6). Здесь поступающие сигналы фильтруются, и, по-видимому, очень многие симптомы обязаны своим появлением именно нарушениям в работе лимбической системы. За несколько лет до того, как это поняли психологи и невропатологи, нечто подобное было предсказано Нормой Макдональд, опубликовавшей в 1960 году яркое описание своей болезни и подозревавшей, что во всем виновато нарушение некой «фильтрующей» системы.

> Сначала это было похоже на то, как если бы мой мозг «проснулся». Меня стали интересовать самые разные люди, события, места, идеи, которые раньше меня совершенно не впечатляли. Не подозревая, что заболела, я не предпринимала никаких попыток понять, что происходит, но чувствовала, что во всем этом есть что-то чрезвычайно важное, божественное или дьявольское; я ощущала свою обязанность удовлетворить каждый из своих новых интересов, и чем больше я посвящала себя им, тем становилось хуже. То, что кто-то прошел по улице, могло быть знаком, который я должна была интерпретировать. В моем мозге отпечатывалось каждое лицо в пронесшейся мимо машине, как будто бы они внимательно в меня вглядывались и пытались передать мне какое-то сообщение. Сейчас, через много лет, я могу предположить, что тогда произошло. Каждый из нас способен справляться с огромным количеством поступающих в наш мозг извне сигналов. При желании мы можем различить любой звук или увидеть любой объект или цвет, находящиеся в области видимости или слышимости. Совершенно ясно, что если хоть сотая часть всех поступающих сигналов обрушится на нас одновременно, человек не сможет заниматься никакой обычной работой. Таким образом, в нашем мозге должен быть своего рода фильтр, работающий без участия нашего сознания, который сортировал бы поступающие сигналы и доводил до сознания только те из них, которые имеют отношение к конкретной ситуации. Подобный фильтр всегда должен работать на пределе эффективности и особенно — когда нам нужно сконцентрировать свое внимание. В Торонто у меня такой фильтр дал сбой, и беспорядочный поток не связанных между собой сигналов постоянно отвлекал меня от того, чему я должна была посвятить все свое внимание.

Неспособность разделять и интерпретировать внешние ощущения

У здоровых людей, мозг которых функционирует нормально, все поступающие сигналы соответствующим образом разделяются и интерпретируются, после этого выбирается адекватный ответ. Многие из ответов формируются в процессе воспитания и обучения, например «спасибо» в благодарность за полученный подарок. К таким реакциям относится и способность делать логические выводы на основе причинно-следственных связей, например способность предсказать, что произойдет, если мы не придем вовремя' на работу. Наш мозг сортирует и интерпретирует поступающие сигналы и формирует ответы сотни тысяч раз за день. Считают, что в этом принимает участие лимбическая система, связанная с упоминавшейся выше фильтрующей функцией головного мозга.

Одним из часто встречающихся симптомов шизофрении является неспособность разделять поступающие сигналы, соответствующим образом их интерпретировать и реагировать на них. Учебники по психиатрии описывают подобную неспособность как мыслительное расстройство, но она относится не только к мыслям. Зрительные, слуховые сигналы, эмоции и некоторые действия перемешиваются точно так же, как и мысли; похоже, что ответственность за все это несет один и тот же дефект мозга.

Мы недостаточно хорошо знаем человеческий мозг, чтобы сказать, как именно он работает, но давайте представим себе по аналогии, что в центре вашей лимбической системы сидит телефонистка у старинного коммутатора. На этот коммутатор поступают все входные сигналы, мысли, представления, воспоминания и эмоции, телефонистка их сортирует и группирует по взаимосвязям. Например, обычно наш мозг, воспринимая слова в предложении, автоматически переводит их в мысленный образ. Нам не нужно концентрировать свое внимание на каждом слове, скорее, мы улавливаем смысл сообщения в целом.

Что же произойдет, если телефонистка решит больше не сортировать и не интерпретировать поступающие сигналы?

Что касается слуховых сигналов, то два пациента подобный дефект описывают так:

> При разговоре мне приходится думать, что означает то или иное слово. Вместо спонтанного ответа или реакции возникает пауза. Мне требуется время на размышление, приходится уделять все свое внимание говорящему, в голове у меня все путается и я просто ничего не понимаю.

> Я могу сконцентрироваться на том, что говорят, если фразы строятся просто. Но когда предложения становятся достаточно длинными, их значение для меня теряется. Они превращаются просто в набор слов, которые мне приходится как-то перегруппировывать, чтобы они стали осмысленными.

Двое исследователей описали этот дефект как семантическую (смысловую) *афазию*[1], похожую на ту, что возникает у некоторых больных после инсульта. Слова как будто те же самые, но человек не может построить из них фразу. В передаче больного шизофренией это выглядит так:

> Иногда я попадал в такое состояние, что не мог понять, о чем говорят окружающие — они словно говорили на иностранном языке.

Трудности в интерпретации зрительных сигналов сходны с проблемами, возникающими в понимании слуховых.

> Мне приходилось как бы укладывать в голове все вещи по полочкам. Если я смотрел на часы, то видел все как бы по отдельности — циферблат, стрелки, цифры и т. д., после чего я должен был складывать их вместе.

> Все существовало по отдельности. В голове общая картина вырисовывалась только после того, как вы ее складывали по кусочкам. Двигаться было страшно. Общая картина все еще была в голове, но она была уже словно разбитой. При движении возникала новая картина, которую мне снова приходилось складывать.

У одной из пациенток были сходные проблемы: когда она смотрела на своего психиатра, то видела «зубы, потом нос, затем один глаз, другой... Может, эта независимость отдельных частей и вызывала тот безотчетный страх, который не давал мне признать его, хотя я и знала, кто он».

Возможно, именно такое расчленение зрительных впечатлений и заставляет некоторых больных шизофренией

1. Афазия — неспособность говорить *(прим. ред.).*

путать одних людей с другими. С моей больной шизофренией сестрой это случается довольно часто. Она заявляет, что видела много своих знакомых с детства подруг там, где их быть не могло. Другой пациент из таких зрительных ошибок делал целые события:

> Сегодня утром я был в Хиллсайде (больница) и снимался в кино. Меня окружали известные кинозвезды. Роль рентгенолога играл Питер Лоуфорд, а охранником был Дон Ноттс.

Кроме трудностей с интерпретацией поступающих зрительных и слуховых сигналов, у многих больных шизофренией проявляются затруднения в совмещении друг с другом сигналов различной природы.

> Я не могу сосредоточиться на телевизионной передаче, так как не могу одновременно смотреть на экран и слушать что говорят. Похоже, что я не могу делать одновременно два разных дела, особенно когда одно дело — смотреть, а другое — слушать. С другой стороны, я, кажется, делаю одновременно огромное количество разных дел, и тогда я с ними не справляюсь и не понимаю, что происходит.

> Я попыталась сидеть дома и читать; все слова казались очень знакомыми, как старые друзья, лица которых я прекрасно знаю, но никак не могу вспомнить, как их зовут; я прочитывала один и тот же абзац десятки раз, но так и не поняла, о чем там идет речь, и закрыла книгу. Я попыталась слушать радио, но звуки просто отдавались в голове звоном. Я осторожно отправилась через улицу в кино и высидела целый фильм, где люди, казалось, медленно глазели по сторонам и о чем-то между собой болтали. Наконец я решила проводить дни, просто сидя в парке и рассматривая птиц.

Такие затруднения при просмотре телевизионных передач или кинофильмов очень типичны. Вопреки распространенному мнению, больные шизофренией пациенты крайне редко смотрят телевизор в клиниках. Некоторые могут сидеть перед экраном и смотреть на движущиеся картинки, но лишь очень немногие из них могут потом рассказать, в чем там было дело. Это касается пациентов любого уровня образования и интеллектуального развития, включая людей с высшим образованием, которые, как можно было бы ожидать, за неимением никакого другого дела должны были целыми днями просиживать перед телеэкраном. На самом деле все наоборот: вы скорее найдете их тихо сидящими в другом уголке палаты и не обращающими на телевизор

никакого внимания; если их спросить «почему?», то они могут ответить, что им «трудно уследить за действием» или, скрывая свой дефект, что «просто устали». Один из моих пациентов раньше, до заболевания, был рьяным бейсбольным болельщиком команды «Нью-Йорк Янкиз», а сейчас он отказывается смотреть репортажи даже с ее участием и остается в своей палате, ссылаясь на непонимание происходящего. Любимыми передачами больных шизофренией являются мультфильмы и видовые фильмы — и те, и другие просты, за ними можно следить и без обязательного совмещения звуковых и зрительных сигналов.

Но работа телефонистки в нашем мозге не заканчивается сортировкой и интерпретацией поступающей в виде сигналов информации. В ее должностные инструкции входит и совмещение входных сигналов с выходными реакциями. Например, если кто-то меня спрашивает: «Не хотите ли пообедать со мной сегодня?», то мой мозг тут же схватывает основное содержание вопроса и начинает рассчитывать: «Будет ли у меня время? Хочу ли я этого? Какие у меня могут быть поводы отказаться? Что подумают знакомые, увидев меня с этим человеком? Как этот человек отреагирует, если я скажу нет?» После всех этих расчетов следует ответ, который при нормально работающем мозге будет соответствовать конкретной ситуации. Точно так же известие о смерти друга соотносится с печалью, зрительные и слуховые сигналы из фильма с участием Вуди Аллена — с весельем, а новая гипотеза о возникновении Вселенной — с логикой и знаниями, накопленными в этой области. Это рутинный, постоянно продолжающийся процесс, и наша телефонистка выполняет его изо дня в день, делая при этом довольно мало ошибок.

Неспособность больных шизофренией не только сортировать и интерпретировать поступающие сигналы, но и соответствующим образом на них реагировать является одним из основных симптомов этой болезни. Именно это обстоятельство и заставило швейцарского психиатра Эугена Блейлера ввести в 1911 году термин «шизофрения», что в переводе с греческого означает «расщепление разума» (σχιζω раскалывать, разделять плюс φρην — ум, разум). Блейлер был поражен неадекватными реакциями некоторых больных — например, когда он говорил, что близкий друг па-

циента скончался, больной мог начать хихикать. Словно наша телефонистка не только на минуту отвлеклась и прекратила сортировать и интерпретировать поступающие сигналы, но она, кроме того, спохватившись, вдруг начала тыкать штекерами наугад, совмещая тем самым обычно несовместимые между собой стимулы и реакции.

Подобная неспособность адекватно реагировать на поступающие сигналы является основной причиной, из-за которой у больных появляются трудности в общении с другими людьми. Будучи неспособными совместить между собой зрительные и слуховые сигналы, они с трудом понимают окружающих, а если в дополнение к этому они не могут еще и правильно реагировать, то межличностные отношения становятся практически невозможными. Один из пациентов описывает свои проблемы так:

> Будучи в гостях, я попытался наладить с ней контакт — почувствовать, что она действительно там, живая и осязаемая. Но все оказалось тщетно. Хотя я и узнал ее, она вдруг оказалась частью какого-то нереального мира. Я знал, как ее зовут, знал все о ней, но все равно она выглядела какой-то странной, нереальной, похожей на статую. Я видел ее глаза, нос, видел, как шевелились ее губы, слышал ее голос и прекрасно понимал, что она говорила, но все равно у меня было ощущение, что я нахожусь в комнате с незнакомой мне женщиной. Чтобы восстановить контакт между нами, я предпринимал отчаянные попытки пробиться сквозь разделявшую нас стену, но чем сильнее я пытался, тем безуспешнее они были; ощущение неловкости возрастало.

Именно по этой причине многие больные шизофренией предпочитают проводить время в одиночестве, забившись в какой-нибудь уголок и стараясь общаться с другими людьми как можно меньше. Для них каждая попытка общения слишком трудна и болезненна, чтобы предпринимать ее без крайней необходимости.

Точно так же, как в мозге больного нарушается разделение и интерпретация слуховых и зрительных сигналов, может иметь место и фрагментация действий, что тоже приводит к проявлениям неадекватных реакций. Этот вопрос мы обсудим подробнее в следующем разделе, здесь же только отметим, что это тоже связано с нарушением мозговой деятельности. Сравним, например, трудности, которые пациент испытывал при таком простом действии, как «выпить во-

ды», с трудностями, возникавшими у этого же пациента при описанных выше нарушениях в интерпретации зрительных и слуховых сигналов:

> Если мне было нужно что-то сделать, например выпить воды, то мне приходилось мысленно прорабатывать каждую деталь — найти стакан, подойти к нему, поднять кувшин, налить в стакан воды, выпить ее. Я должен был постоянно создавать картинку и все время ее менять. При этом от старой картинки мне нужно было избавляться. Я не мог сконцентрироваться, не мог увязать вещи между собой. Все время что-то мешало, что-то вторгалось в строящуюся мной картинку. Гораздо спокойнее было оставаться на месте и ничего не делать.

Из всего этого следует, что, возможно, имеется лишь небольшое число пораженных участков головного мозга, но они дают весь широкий спектр симптомов, связываемых с заболеванием, называемым шизофренией.

Когда мыслительные образы или модели мышления больных шизофренией рассматриваются извне, так, как их описывал бы психиатр, то используются такие термины и выражения, как *бессвязность, диссоциация, конкретность, алогичность, блокировка мысли* и *амбивалентность.* Начнем с бессвязности. Один из моих пациентов обычно каждое утро входил в приемную и просил мою секретаршу написать на листке бумаги какое-нибудь предложение. Одно из его требований звучало так: «Напишите все виды черных змей, которые выглядят, как репчатый лук, натянутая струна, глубоко внизу, с резьбой и всех типоразмеров». Этот пациент соединил вместе несколько совершенно не связанных между собой образов, чего человек с нормально функционирующим мозгом никогда не сделал бы. Другой пациент написал:

> Мысли мои совершенно перепутались, я начинаю думать и говорить о чем-то, но мне так и не удается дойти до конца. Вместо этого меня заносит совершенно в другую сторону, где я натыкаюсь на самые разные вещи, которые могут быть связаны с тем, что я хотел сказать, но как — я не могу объяснить. Слушающие меня оказываются еще в большем недоумении, чем я сам.

Иногда между отдельными мыслями при шизофрении может прослеживаться слабая связь. В этих случаях говорят о диссоциации. Например, в приведенной выше фразе о черных змеях пациент, возможно, совместил репчатый

лук со змеями, потому что у некоторых змей на коже бывает рисунок, похожий на желтые луковицы. В другом случае я брал у пациента кровь из вены, когда он проговорил: «Взгляните на мои синие вены. А я просил русскую женщину сделать их красными», явно связывая цвет крови с «красными», то есть с русскими. Великий русский танцовщик Нижинский, будучи хронически больным шизофренией, написал следующее, отталкиваясь от круглой формы сцены и переходя к своему глазу:

> Я не искусственный. Я жизнь. Театр не жизнь. Я знаю театральные обычаи. Театр становится привычкой. Жизнь — нет. Я не люблю театр с квадратной сценой. Мне нравится круглая. Я построю круглый театр, как глаз. Я люблю близко смотреть на себя в зеркало и вижу лишь один глаз — во лбу.

Иногда подобные «неправильные» ассоциации могут возникать не на базе логической взаимосвязи между значениями отдельных слов, а на сходстве их звучания. Так, например, один больной юноша описал свои ощущения в стихотворении:

Верю, что скоро
Наступит всеобщий мир. Но
Я по-прежнему сижу
На барашке.

I believe we will soon
achieve world piece. But
I'm still on the lamb.

Барашек, агнец (lamb), ассоциируемый с миром, у него перепутался с выражением «находиться в бегах, скрываться» (on the lam), точное написание которого он явно не знал. Между выражениями «сидеть на барашке» и «находиться в бегах» нет логической связи, они лишь звучат по-английски очень похоже. Подобные ассоциации мы называем «ассоциациями по созвучию».

Еще одной характерной для шизофренического мышления чертой является конкретность. Эту особенность можно продемонстрировать, попросив пациента определить смысл какой-нибудь поговорки, что требует способности абстрагироваться, умения переходить от частного к общему. Большинство людей, если спросить у них, что означает поговорка «Живя в стеклянных стенах, не стоит бросаться камнями», ответят примерно следующее: «Если ты сам не без греха, не критикуй других». Они без труда переходят от частности стеклянных стен и камней к общим понятиям.

Больной шизофренией часто теряет эту способность к абстрагированию. Я попросил сто моих пациентов объяснить значение приведенной выше поговорки, и лишь треть из них смогли дать абстрактный ответ. Большинство ответов были типа: «Это могло бы разбить окна». Во многих случаях конкретный ответ имел признаки некоторой бессвязности мышления:

> Ну, это могло бы значить что-то вроде «причины, по которой бьются окна». В стеклянных стенах выращивают цветы.
>
> Если бы они стали бросаться камнями, они могли бы разрушить свое жилище.
>
> Потому что зимой они могли бы оказаться на улице Некоторые

пациенты персонифицировали эту поговорку:

> Людям всегда нужно в своем жилье соблюдать пристойность. Я помню, как я жил в стеклянных стенах — ничего особенного.
>
> Потому что это могло бы проломить стену и люди смогли бы тебя увидеть.

Другие же отвечали совершенно не относящимися к делу фразами, что может иллюстрировать многие особенности шизофренического мыслительного расстройства:

> Не бросай, пока ты не уйдешь — приход и уход.
>
> Некоторые люди в воздухе,, а некоторые в обществе, а некоторые в воздухе.

Несколько человек из тех немногих пациентов, кто был способен абстрактно воспринять эту поговорку, в своих ответах демонстрировали другие аспекты шизофренического мышления:

> Люди, живущие в стеклянных стенах, не должны забывать о тех, кто живет в каменных домах, и не должны бросаться камнями.
>
> Если ты страдаешь комплексами, не рассуждай о людях. Не будь умнее всех.

Самый краткий ответ дал тихий, хронически больной молодой человек. Он посмотрел куда-то вверх и печально произнес: «Осторожнее!»

Конкретность мышления может также проявляться в повседневной жизни больных. Так, однажды я фотографировал мою больную шизофренией сестру, и когда я произ-

нес: «Смотри сюда, сейчас вылетит птичка», она тут же взглянула на небо. Другой пациент, проходя мимо газетного киоска, заметил крупный заголовок в одной из газет: «Звезда выпала из окна». «И как такая огромная штука, как звезда, смогла пролезть через окно?» — подивился он, пока не понял, что речь идет о кинозвезде.

Еще одной чертой шизофренического мышления является неспособность мыслить логически. Это уже было продемонстрировано в нескольких приведенных выше примерах. Еще одним примером может служить мой пациент, которого во время психологического тестирования спросили: «Что бы вы делали, если бы заблудились в лесу?» Он ответил: «Пошел бы к заднему концу леса, а не к переднему». Многие пациенты теряют способность устанавливать причинно-следственную связь событий. Один из больных, например, поджег свой дом с находящейся внутри, прикованной к инвалидной коляске матерью. Когда его осторожно допрашивали, он, казалось, не сознавал того факта, что своим поступком поставил под угрозу ее жизнь.

При такого рода бессвязном мышлении больной может легко совмещать в своих рассуждениях противоречащие друг другу высказывания:

> Я была очень несчастлива, чувствовала, что молодею; вся система стремилась превратить меня в ничто. Даже уменьшившись в размерах, став намного моложе, я обнаружила, что мне девятьсот лет. Иметь за плечами девять веков — это все равно что не родиться. Вот почему девятивековой возраст не дал мне ощущения старости; совсем наоборот.

Если принять во внимание подобное нарушение причинно-следственных связей в мышлении больных шизофренией, совсем не удивительно, что они испытывают определенные трудности в выполнении каждодневных видов деятельности — таких, как поездка на автобусе, выбор направления движения или принятие решения, что приготовить на обед. Это также объясняет те фантастические идеи, которые некоторые пациенты излагают как факты. Один из моих пациентов написал мне письмо о «пауке весом больше тонны» и о «птице весом в центнер, которая зимой оставила на снегу 200 следов, причем у нее была только одна нога». Автор письма имел высшее образование.

Помимо бессвязности, диссоциации, конкретности и нарушения причинно-следственных связей, у шизофренического типа мышления есть и другие признаки. Часто из уст пациентов можно услышать неологизмы — сочиненные ими самими слова. Для слушателя они могут звучать абракадаброй, но для говорящего эти неологизмы являются своеобразной реакцией на неспособность подобрать нужные слова[1].

> Хуже всего было с моим лицом и речью. Слова попадались все какие-то не те. Я понимал, как выразить свою мысль, но то, что получалось, было неправильным. Мысли проскакивали слишком быстро, и я не' успевал вовремя остановить их, чтобы выразить. Когда я говорил, в голову приходили какие-то значительные мысли и отбрасывали в сторону те слова, которые я хотел произнести. Это заставляло меня говорить совсем не то, что было у меня в голове. Только я собирался было что-то сказать, как мысль исчезала, голова тяжелела, и я никак не мог снова поймать ту мысль. Мне нужно было многое сказать, но я не мог заставить слова произноситься в нужном порядке, так что они получались какими-то исковерканными. Какой-то барьер в мозге мешал мне правильно говорить, голова пустела. Я пытался сконцентрироваться, но ничего не получалось. Лишь очень редко мне удавалось найти нужное слово взамен потерянному.

Еще одним не очень типичным, но часто приводящим к жизненным драмам признаком шизофренического мышления является то, что называют «словесным винегретом». Больной при этом извергает из себя последовательность совершенно не связанных между собой слов, причем произносит их как одно предложение. Один из моих пациентов как-то обернулся ко мне и с серьезным видом спросил: «Мотыль Балтимор фритюр?» Отвечать на подобные вопросы довольно трудно.

Как правило, для того чтобы понять, что с высказанной фразой что-то не в порядке, не обязательно детально анализировать ее структуру. Эффект, который подобные высказывания производят на слушателя, легко предсказуем. В своих наиболее типичных формах они создают у человека

1. Один из примеров подобных неологизмов приведен в «Пособии по психиатрии» под ред. проф. Ф. И. Случевского (Л., 1984. —С. 64): «Тетрадь по иностранным языкам лецитируется для единицы... в условиях времества и пространственности» *(прим. ред.).*

впечатление, что мысль расплывается, словно отдельные слова были намеренно перемешаны. Джон Бартлоу Мартин написал книгу о психических заболеваниях под названием «Оконное стекло», а Ингмар Бергман изобразил начало шизофрении в своем снятом по этой книге фильме «Сквозь оконное стекло». И книга, и фильм построены на темах шизофренической речи и мышления. Читатель или зритель слышит все слова, правильные сами по себе, но в конце предложения или абзаца вдруг понимает, что сочетание их лишено смысла. Именно это ощущение и вынуждает нас озадаченно прищуривать глаза, морщить лоб и легонько усмехаться, восклицая: «Что?» Когда мы слушаем людей с шизофреническим расстройством мышления, эти реакции часто возникают непроизвольно.

> Я чувствую, что все сущее как-то связано с каждым из нас и что некоторые люди гораздо более восприимчивы к этой теории всеобщей взаимосвязи, чем другие, поскольку у них были предшественники, связанные некоторым образом с местами или вещами, или из-за того, что они верят, или потому, что они оставляют след, когда идут через известное им пространство. Некоторые люди могут оставлять различный след, и все сущее ведет себя так же.

У пациентов, конечно, могут встречаться самые разные степени подобных мыслительных расстройств. На ранних стадиях заболевания могут отмечаться лишь некоторая нерешительность и небольшие затруднения в подборе слов, но в разгаре болезни бессвязность мысли и речи обычно бросается в глаза. Редко можно встретить пациента, у которого не было бы подобного мыслительного расстройства. Некоторые психиатры даже ставят под вопрос правомочность постановки диагноза шизофрении при отсутствии у пациента расстройств мысли. Они полагают, что при шизофрении, по определению, должны встречаться те или иные расстройства мышления. Другие же ученые говорят, что вполне возможно, хотя и нетипично, наличие других симптомов, явно указывающих на шизофрению, при отсутствии мыслительных расстройств.

У больных шизофренией часто встречается и другой тип мыслительных расстройств — «остановка», «закупорка» мысли. Если вернуться к нашей метафоре с сидящей на коммутаторе телефонисткой, то это похоже на то, как если бы она временами засыпала и вся система замирала. Чело-

век начинает свою мысль или ответ и вдруг останавливается, часто посередине предложения, с пустым взглядом. Еще в 1840 году это описал Джон Персиваль:

> Меня часто посещало желание раскрыть рот и обратиться к самым разным людям; я без промедления начинал говорить правильно и связно... но в середине предложения силы как будто оставляли меня, и новые слова, казалось, начинали противоречить уже произнесенным; я чувствовал себя опустошенным, безмолвным, охваченным смятением.

Другие пациенты давали такие описания:

> Я мог соображать совершенно ясно и что-то кому-то говорить, но вдруг словно столбенел. Если бы вы меня в этот момент видели, то могли бы подумать, что я просто подбираю слова или впал в какой-то транс, но это было не так. Это было похоже на то, как будто я уперся в какое-то слово или мысль и просто не могу их обойти. Они словно заполоняли мой мозг, где ничему больше не оставалось места. Это длилось некоторое время и проходило совершенно внезапно.

> Читая, я мог вдруг «споткнуться» о какое-то слово. Оно могло быть самым простым, хорошо мне известным. Когда это происходило, избавиться от этого мне не удавалось. Оно меня словно гипнотизировало. Как будто я видел это слово впервые в жизни и совершенно по-новому. Не столько я поглощал его, сколько оно поглощало меня.

> Иногда со мной что-то происходило — мозг словно делал передышку и на короткое время отключался, как будто он внезапно погружался в сон.

Это явление мог наблюдать каждый, кто провел какое-то время с больным шизофренией. Джеймс Чапмен утверждает, что оно встречается у 95 процентов пациентов. Некоторые из них объясняют его тем, что мысли словно исчезают из головы. Этот симптом, называемый «потерей мысли», многими психиатрами считается явным признаком шизофрении.

Еще одним типичным признаком шизофренического мышления является амбивалентность. Сейчас этот термин вошел в моду и используется довольно широко, но изначально он применялся в более узком смысле и относился к больным шизофренией, неспособным справиться с присутствующими одновременно противоположными по смыслу мыслями или ощущениями. Больной мог, например, думать:

«Да, они собираются меня убить, и я их люблю». Одна пациентка описывала эти противоположные мысли так:

> Я настолько амбивалентна, что по каждой теме мой мозг разделяется на части, которые в свою очередь делятся еще и еще, так что разум кажется состоящим из отдельных кусочков, и я ощущаю себя полностью дезорганизованной.

Иногда подобная амбивалентность переносится и на поступки. Один мой пациент, например, часто выходит из парадной, поворачивает направо, останавливается, делает три шага налево, останавливается, поворачивает назад и идет вправо, и все это может продолжаться минут пять. У многих пациентов до этого не доходит, но все-таки амбивалентность встречается достаточно часто, так что Блейлер вынужден был включить ее в перечень основных симптомов шизофрении. Возникает впечатление, что у человека нарушена способность принимать решения. В нормальных условиях наш мозг получает входные сигналы (стимулы), принимает решение и порождает соответствующую реакцию. Мозг же больных шизофренией явно дает сбой — он начинает ответную реакцию, тут же заменяет ее противоположной, затем повторяет этот процесс. Наблюдать это очень тяжело.

Бред и галлюцинации

Похоже, что бред и галлюцинации являются самыми известными симптомами шизофрении. Они производят очень, сильное впечатление, и естественно, когда в книге или художественном фильме выводится персонаж, страдающий психическим расстройством, основное внимание акцентируется именно на них. В таких произведениях человек, разговаривающий с самим собой или с неодушевленными предметами, почти наверняка шизофреник. Именно такой образ возникает в нашем сознании, когда произносят слова «безумный» или «сумасшедший».

Действительно, и определенные виды бреда, и галлюцинации считаются одними из самых важных и распространенных симптомов шизофрении, однако следует помнить,

что дело не только в них, что для диагностики этого заболевания недостаточно одного симптома. У большого числа больных шизофренией с целым набором других симптомов, таких, как расстройство мышления, повышенная или пониженная возбудимость, поведенческие аномалии, никогда не наблюдалось ни бреда, ни галлюцинаций. Нужно также помнить, что бред и галлюцинации присущи не только шизофрении, но и другим психическим заболеваниям, так что их наличие не обязательно свидетельствует о том, что у больного именно шизофрения. И наконец, важно осознавать, что большинство галлюцинаций и бредовых расстройств, как и другие пограничные состояния, являются непосредственным следствием обострения чувственного восприятия и неспособности мозга правильно интерпретировать поступающие сигналы. Другими словами, бред и галлюцинации по большей части являются логическим следствием происходящей в расстроенном мозге работы. Поведение больного кажется «безумным» только с точки зрения стороннего наблюдателя, с точки зрения самого испытывающего галлюцинации человека оно представляется вполне логичным и ясным.

Бредом можно назвать те ошибочные идеи или мысли пациента, которые не разделяются другими, принадлежащими к его культуре людьми и от которых он не может отказаться, несмотря ни на какие логические доводы. Бред обычно основывается на чувственном опыте, который неправильно интерпретирован больным. Это похоже на то, как если бы помехи в радиоприемнике или на телеэкране воспринимались человеком как сигнал. Родственники больных часто спрашивают, откуда у пациента берутся всякие бредовые идеи. Вот некоторые примеры:

Я подошел к двери своей комнатушки и посмотрел в коридор. Там мимо моей двери дефилировали мужчины и женщины в невообразимых нарядах и с ничего не выражающими лицами. «Откуда я могу вас знать?» — обратился я к огромной женщине с маленьким личиком. Ее короткие кудрявые волосы колечками обрамляли лицо. Я думал, что мы знакомы. «В вилле у моря, — произнесла женщина, строго погрозив мне пальцем. — Я была тобой, а ты — мной». Это зашифрованное сообщение должно было быть частью шарады. Я ее разгадал. Перед своей смертью бабушка жила у моря. Вдруг я понял, что эта женщина.— моя бабушка.

Одна из простых форм бреда заключается в том, что человек начинает воспринимать все происходящие вокруг него случайные события как нечто, имеющее прямое отношение к нему лично. Если вы идете по улице и какой-то человек на противоположной стороне кашлянул, вам не придет в голову размышлять об этом, вы можете даже не заметить этого происшествия. Однако больной шизофренией не только услышит кашель, но может тут же решить, что это какой-то сигнал, сообщение, предупреждающее кого-то еще, что он (больной) идет. Шизофреник *знает,* что это так и есть, знает с той степенью уверенности, какую мало кто из здоровых людей когда-либо испытывал. Если вы идете вместе с ним и попытаетесь убедить его, что это бред, ваши усилия скорее всего пропадут даром. Даже если вы перейдете улицу и прямо спросите кашлянувшего, почему тот закашлялся, больной все равно решит, что вы — члены одной шайки. Спорить с больным относительно его бреда — это все равно, что пытаться вычерпать океан поварешкой. Если вскоре после инцидента с кашлем над головой появится вертолет, бред может усилиться. Конечно же, с вертолета следят за ним, и это только подтвердит суждения больного о том подозрительном кашле. А уж если после всего этого, придя на автобусную остановку, он обнаружит, что автобус только что ушел, его бред подтвердится полностью: наверняка кашлявший или пилот с вертолета по радио сообщили шоферу автобуса, чтобы тот скорее уезжал. Все события образуют ясное и хорошо увязанное между собой целое.

Нормальный человек, с которым произойдут такие события, просто чертыхнется, опоздав на автобус. Однако больной шизофренией чувствует по-другому, так что для него события приобретают совершенно другой смысл. Кашель или гул вертолета могут показаться ему слишком громкими, шум двигателя отъезжающего автобуса — каким-то странным. Если нормальный человек реагирует на такую ситуацию правильно, рассматривая произошедшие события как не связанные между собой, то больной шизофренией воспринимает их как части единого целого. Таким образом, повышенная восприимчивость органов чувств и неспособность правильно интерпретировать поступающие сигналы

могут лежать в основе многих бредовых расстройств пораженного болезнью мозга. Подобному больному как раз человек, который не может увязать такие события воедино, должен казаться идиотом.

В мировой литературе имеется огромное количество блестящих примеров бредового мышления. Чехов, например, в своей «Палате № 6» описывал его следующим образом:

> Городовой, не спеша, прошел мимо окон: это недаром. Вот два человека остановились около дома и молчат. Почему они молчат? И для Ивана Дмитрича наступили мучительные дни и ночи. Все проходившие мимо окон и входившие во двор казались шпионами или сыщиками.

Хорошо рассказал об этом состоянии один пациент:

> Я встал в семь утра, оделся и поехал в больницу. Я думал, что мои затруднения с дыханием были вызваны старым пороком сердца. Когда я был маленьким, мне говорили, что у меня небольшой порок вертикальной перегородки. Я решил, что испытал инфаркт, и люди, щадя меня, просто решили мне этого не говорить. Я подумал, что все происходившее со мной в последнее время можно объяснить как раз в этом свете. Я нашел в учебнике описание инфаркта миокарда и обнаружил, что весь параграф вырван — значит, кто-то не хотел, чтобы я это прочел. Вспомнил я и другие оброненные вскользь замечания. Приятель говорил как-то о возможностях радио, и мне пришла в голову мысль, что мне, может, давали лекарства по радио, без моего ведома. Вспомнил я и разговор об авиабилете в одну сторону, для меня это теперь означало отправиться в Хьюстон для операции на сердце. Припомнил я и необычный запах в лаборатории — конечно, это из-за того, что они давали мне неизвестное лекарство. Я начал думать, что они вшили в меня какое-то устройство, которое впрыскивало лекарство прямо мне в кровь. Снова и снова я внушал себе, что я болен, что о моей болезни мне никто не говорит, что лекарства от нее мне вводят тайком. Тут я запаниковал и попытался убежать, но служащий автостоянки, как мне показалось, сделал знак, чтобы я вернулся. Мне подумалось, что жена и друзья все время на что-то намекают, и я решил вернуться в больницу. Мое внимание привлекли глаза дежурного врача — они были какими-то огромными, сверлившими меня насквозь. Выглядел он очень властно. Наверняка он — один из них, может, это именно он давал мне то лекарство. Тут мне стало казаться, что все окружающие следят за мной. Я сказал себе, как делал это и на более ранних стадиях моего заболевания, что все это абсурдно, но, когда я оглянулся вокруг, они действительно наблюдали за мной.

Один юноша, страдавший параноидной шизофренией, изложил свои ощущения в стихах:

Беспокойство:
как скреб в мозгу металла о металл.
Паранойя: она
заставляет бежать
прочь, прочь, прочь
и назад — быстро
посмотреть,
не схватили ль меня,
не лгут ли,
не смеются ль.
Ха-ха-ха. Чертово колесо
Страны дураков
совсем не так забавно.

Иногда бред становится довольно сложным и подчиняет себе всю жизнь больного. Человек не только чувствует, что за ним следят, он убежден, что его контролируют, им манипулируют и даже его гипнотизируют. Люди в этом состоянии постоянно готовы получить доказательства своим подозрениям. Не нужно и говорить, что они всегда находят их среди тех миллиардов зрительных и слуховых сигналов, которые получает в течение дня каждый человек. Хорошим примером тому может служить одна из пациенток моей клиники — пожилая добродушная ирландка. Она была убеждена, что, пока она спала, какие-то таинственные агенты подключили к ней провода и с их помощью контролируют ее мысли и поступки. Когда ее спрашивали, откуда осуществляется этот контроль, она указывала на потолок. Как-то утром я был вынужден обойти с ней всю клинику и обнаружил рабочих, монтировавших новую систему противопожарной сигнализации: с потолка свисали провода всевозможных цветов. Женщина взглянула на меня, указала на потолок и только улыбнулась: ее бред был подтвержден навечно!

Бред по поводу теле- или радиоконтроля распространен очень широко. Часто в роли предполагаемых злодеев оказываются агенты ФБР или ЦРУ. Один пациент был убежден, что в его череп во время операции был вмонтирован радиопередатчик, и бесчисленное количество раз пытался возбудить уголовное дело против ФБР. Другой пациент, бывший в прошлом весьма уважаемым школьным инспекто-

ром, был убежден, что радиопередатчик вшит в его нос. Он ездил по самым разным медицинским центрам, даже в Европу, в поисках хирурга, который удалил бы его. У него с собой был даже рентгеновский снимок своего носа, на котором было едва заметное белое пятнышко — тот самый передатчик.

Друзья этих несчастных часто пытаются найти способ вывести их из бредового состояния. Подобные попытки редко увенчиваются успехом. Все вопросы о том, с чего бы агентам ФБР контролировать их, резко обрываются как не имеющие никакого отношения к сути дела — важно то, что они это делают, а испытываемые больным ощущения (вроде странных шумов или присутствия чего-то постороннего в носу) служат подтверждением. Попытки вывести больного шизофренией из бредового состояния блокируются получаемыми им внешними сигналами, а также тем, что мыслительному процессу не хватает логичности и связности. Дополнительным препятствием зачастую становится то обстоятельство, что срабатывает принцип положительной обратной связи, то есть человек, верящий, что за ним следят, начинает вести себя соответственно, например, передвигается по улицам, перебегая от укрытия к укрытию и внимательно вглядываясь в лица прохожих. Подобное поведение неизбежно вызывает повышенное внимание окружающих, и в результате этот человек оказывается в ситуации, когда за ним действительно наблюдают. Как говорится в одном анекдоте: «Я, конечно, параноик, но они-таки за мной следят».

Бред, при котором человеку кажется, что за ним следят, его преследуют или нападают на него, обычно называют параноидным бредом. Паранойя — понятие относительное, время от времени нечто похожее испытывает каждый. Иногда небольшая «мания преследования» может оказаться и полезной, в конце концов, рабочий, монтирующий что-то в коридоре, действительно может заниматься промышленным шпионажем. Параноидное мышление само по себе еще не является шизофренией, оно становится ею, когда возникает беспричинно, только на основании того, что нечто подобное могло бы иметь место. Но даже тогда следует помнить, что бред преследования может наблюдаться и при других психических заболеваниях, не только при шизофрении.

В некоторых случаях бред преследования может быть опасным. «В параноидные периоды мне казалось, что меня преследуют за мои убеждения, что мои недруги пытаются активно вмешаться в мои дела, причинить мне вред или даже убить меня». Когда угроза кажется ему неминуемой, человек с паранойей может попытаться нанести удар первым. В соответствующих заведениях каждого штата содержится большое число больных шизофренией, совершивших свои преступления в состоянии, которое ими воспринималось как самооборона. Именно эта категория больных и ответственна за широко распространенное мнение, что все такие больные опасны. На самом деле большинство из них никакой опасности не представляют, и я гораздо спокойнее хожу по коридорам любой психиатрической клиники, чем по улицам некоторых городских районов.

Бред может быть не только параноидным, широко распространен, например, бред величия: «Мне казалось, что я могу по своему желанию изменять погоду, могу даже влиять на движение Солнца относительно звезд». Часто больной пребывает в убеждении, что он или она — Иисус Христос, Дева Мария, президент или какая-либо другая известная личность. Один из пациентов нашей клиники считал себя Мао Цзедуном. Мы начали курс медикаментозного лечения, и на следующий день поняли, что ему стало лучше — теперь он был уже лишь братом Мао. Другие, страдающие бредом величия, могут считать себя кинозвездами:

> Однажды я поняла, что меня снимают в главной роли какого-то грандиозного фильма. Куда бы я в Лондоне ни отправилась, везде были скрытые камеры, и все, что бы я ни говорила и что бы я ни делала, снималось на пленку и записывалось на магнитофон.

В некоторых случаях бред величия может представлять определенную опасность. Больные, убежденные, что они умеют летать или грудью ловить пули, могут попытаться продемонстрировать свои способности с вполне предсказуемыми трагическими последствиями.

Существует одна разновидность бреда величия, которая, хотя и встречается не очень часто, настолько отличается от всего остального, что заслужила отдельное название. Речь идет о том случае бреда, когда пациент считает, что кто-то, обычно из очень известных людей, в него страстно влюблен.

Подобные случаи, названные французским психиатром д-ром де Клерамбо psychoses passionnelles (психозы любовного очарования), в настоящее время называются *синдромом Клерамбо,* или *эротоманией.* Одна из моих пациенток верила, что в нее влюблен сенатор Эдвард Кеннеди. Она тратила все свое время и Деньги на то, чтобы путешествовать следом за ним, оставаясь, правда, на некотором расстоянии, и находила бесчисленное количество причин, по которым он не мог дать знать, что заметил ее. Другая пациентка считала, что она обручена с человеком, которого она случайно встретила несколько лет назад, и проводила все дни напролет бродя по городу в его поисках. Большинство таких пациентов страдают шизофренией, но есть и такие, хотя их немного, у кого может быть биполярное расстройство[1]. Эти пациенты обычно относятся к своей жизни с вызывающим пафосом.

Довольно распространенным бредом является представление, что данный человек может управлять мыслями других. Одна знакомая мне девушка провела пять лет, не покидая дома, так как каждый раз, когда она выходила на улицу, ей казалось, что ее мысли заставляют прохожих оборачиваться и глазеть на нее. Она считала, что ее мысли действуют «наподобие магнита — им не оставалось ничего другого, как только оборачиваться и смотреть». Еще один пациент был уверен, что может воздействовать на мысли других людей телепатически: «Иногда я чувствовал, что мог бы войти в заполненный ресторан и, тихо сидя в уголке, сделать так, чтобы все были веселы и смеялись». Вот один из вариантов подобного бреда:

> Я люблю говорить с кем-нибудь, но без слов. Пытаясь мысленно передать другому человеку свои мысли, я сосредоточиваюсь на том, как они входят в него, думаю о передаваемом сообщении и мысленно концентрируюсь: «Вот та мысль, которая сейчас станет твоей». Посылаю же я сообщение каким-нибудь видимым сигналом, например пожатием плеч, иногда движением всего тела.

Еще одним вариантом подобной бредовой идеи является вера больного в то, что его мысли излучаются из головы и

1. В российской классификации — маниакально-депрессивный психоз *(.прим. ред.).*

транслируются по радио и телевидению; это называется симптомом передачи мыслей на расстоянии и считается одним из наиболее верных признаков шизофрении.

При оценке того или иного бреда очень важно иметь в виду, что содержание бреда обусловлено определенной культурой. Конкретное убеждение является бредом не само по себе, а в зависимости от того, насколько оно отличается от принятых в данном обществе или среди носителей данной культуры взглядов и мнений. Человек, верящий, что им манипулируют его предки, может считаться абсолютно нормальным, если он вырос в долинах Южной Каролины, где вера в возможность подобного воздействия предков широко распространена. С другой стороны, если он вырос в Скарсдейле, то эта его убежденность с большой вероятностью может быть признана симптомом шизофрении. В частности, высоким уровнем параноидных убеждений могут отличаться представители национальных меньшинств, и эта убежденность может быть основана на реальной дискриминации и преследованиях. Бывает довольно трудно оценить степень патологичности бредового мышления у некоторых представителей определенных культурных сообществ, например, бред величия у глубоко религиозных людей или параноидный бред у людей, связанных с разведывательными службами. Представьте себе, например, дилемму, перед которой оказывается мать-настоятельница монастыря, когда новенькая монашка заявляет ей, что непосредственно общается с Девой Марией, или глава ЦРУ, которому один из его тайных агентов сообщает, что за ним установлено непрерывное наблюдение. Суждения и убежденность подозреваемых в наличии шизофрении людей всегда должны сопоставляться с культурным контекстом и рассматриваться лишь в качестве одной из граней этого заболевания.

Иногда некоторые люди своими странными суждениями и мыслями обращают на себя внимание, но решить, являются ли эти высказывания настоящим бредом, бывает очень трудно. Примером может служить Джон Хинкли, который в 1981 году покушался на президента Рональда Рейгана. Согласно его показаниям на суде, Хинкли был влюблен в молодую киноактрису Джуди Фостер, с которой не был даже знаком, и проводил большую часть времени в попытках привлечь ее внимание. Он заявил, что это покушение

являлось для него последней попыткой доказать свою любовь. В ходе судебного процесса психиатры со стороны защиты и обвинения резко разошлись в своих оценках относительно того, можно ли считать подобный образ мыслей болезненным бредом.

Важно отметить еще одну особенность бредовых идей. У некоторых больных шизофренией бред может быть постоянным и неизменным, тогда как у других бред может быть изменчивым, лабильным, с разными степенями убежденности. Я вспоминаю одного пациента, который считал, что другой пациент пытается его убить. Сегодня он мог полностью избегать своего врага, завтра они могли мило болтать, а послезавтра он снова прятался от него. Родственникам больных шизофренией бывает иногда очень трудно понять отсутствие постоянства в реакциях больных на свой бред.

Галлюцинации считаются типичным явлением при шизофрении, они замыкают собой спектр симптомов, в основе которых лежит изменение восприятия. Чтобы это было легче понять, представим, что на одном конце спектра находится повышение чувствительности, например к зрительным стимулам, то есть свет кажется слишком ярким, цветовые оттенки становятся более насыщенными, как бы светятся изнутри. В середине спектра находится сильное расстройство восприятия зрительных сигналов (называемое также иллюзиями), например собака кажется тигром. И наконец, на другом конце этого спектра находятся галлюцинации, то есть то, что больные шизофренией видят, когда вокруг ничего нет. Свидетельства пациентов часто представляют собой смешение различных участков описанного выше спектра.

При шизофрении вполне типичны сильные искажения в восприятии слуховых и зрительных сигналов:

> Я сидел и слушал собеседника, как вдруг тот сначала уменьшился в размерах, потом увеличился, а затем снова стал маленьким, хотя и не совсем гномом. Сегодня это произошло с другим человеком, я чувствовал, как он становится все выше и выше. Все вокруг меня стало ярче, у предметов появились какие-то сверхчеткие контуры. На прошлой неделе, когда я был с девушкой, она вдруг стала становиться все крупнее и крупнее, словно какое-то приближающееся чудовище. Ситуация становилась все более угрожающей, так что я стал даже съеживаться.

Это явление, пожалуй, лучше всего описать так, как я впервые с ним столкнулся. Я был одним из четырех игроков в бридж. Во время одной из сдач мой партнер объявил три трефы. Я взглянул на свои карты: у меня была лишь одна мелкая трефа. Хотя карты мои были слабыми, я должен был перебить его и выиграть. Когда мой партнер выложил карты, то предъявил лишь две слабые трефы. Я, конечно, спросил у него, почему же он объявил три трефы? Он вообще отрицал, что объявлял нечто подобное, и другие два партнера его поддержали. У него не было никаких оснований и возможностей объявлять три трефы, но ведь я слышал все очень отчетливо. Эта галлюцинация включала в себя не только пространственный компонент, совпадавший с местом того партнера за столом, но и точные интонации и спектр его голоса. Следовательно, когда я слышал «три трефы», партнер на самом деле что-то объявлял, но я этого не услышал. Где-то внутри моей нервной системы его' слова были заблокированы и заменены словами галлюцинации.

В обоих случаях имелся реальный стимул, но человек видел или слышал его в искаженном виде, словно его мозг начал жульничать.

При формировании настоящих галлюцинаций происходят еще более неприятные вещи, в этом случае нет никакого внешнего стимула, который мог бы послужить отправной точкой для иллюзии. Мозг «выдумывает» то, что он слышит и видит, «сочиняет» запахи и вкус. Эти ощущения могут быть очень реальными. Человек, к которому обращаются несуществующие «голоса», слышит их очень отчетливо, даже отчетливее, чем голоса обращающихся к нему реальных людей. Больные шизофренией часто даже разговаривают с этими «голосами». Близкие больным люди часто издеваются над этими воображаемыми «голосами», не понимая, что они действительно их слышат. Но это так, в том смысле, как их воспринимает мозг больного, эти «голоса» вполне реальны, что может служить крайним примером нарушений в деятельности органов чувств больного.

При заболевании шизофренией наиболее типичными являются именно слуховые галлюцинации. Они настолько характерны для этой болезни, что человек с явными слуховыми галлюцинациями должен считаться шизофреником, пока не будет доказано обратное. Эти галлюцинации могут принимать самые различные формы: подобие свиста, гула или глухих ударов типа биения сердца, как в уже цитированном нами рассказе Эдгара По «Сердце-обличитель»:

> Теперь я уже, конечно, просто побелел, но речь моя лилась еще вольней, во весь голос. А звук все нарастал, ну что мне было делать? Он сочился негромко, жиденько, с частыми перебоями — совсем как тиканье часов, укутанных в вату. Я уже дышал со всхлипом, а представители власти все не слышали его. Я зачастил еще быстрее, еще речистей, но потикиванье неумолимо нарастало. Я вскочил, понес какую-то чепуху, я уже почти кричал, бешено жестикулируя, — а оно все сильней. Да что же они не уходят? Я метался по комнате, меряя ее из конца в конец огромными шажищами, словно вид гостей приводил меня в исступление; а оно — еще того сильней.

Галлюцинация может принять форму отдельного голоса:

> Я в течение нескольких лет ежедневно по тысяче раз слышал одни и те же произносимые без всякого повода слова: «Почему бы и нет?», «Пожалуй, да», «Почему? Ведь я», «Будь», «Со всем уважением».

Это могут быть и множественные голоса, даже хор:

> Везде была музыка, ритм, красота. Они расстраивали все планы, Я слышала нечто похожее на хор ангелов. Мне он казался самой прекрасной музыкой, которую я слышала когда-либо в своей жизни. Вплоть до самого конца этого состояния повторялись две темы. Одну из них я прекрасно помню до сих пор. Этот хор ангелов как бы окутывал всю клинику, а вскоре после его окончания я расслышала, как будто бы в комнате как раз надо мной родился божественный агнец.

Галлюцинации могут быть постоянными или появляться лишь время от времени. В последнем случае чаще всего они появляются вечером, при отходе ко сну (во всяком случае, это следует из моего клинического опыта):

> В течение семи лет (за исключением времени сна) у меня не было ни одной секунды, когда я не слышала бы голосов. Они повсюду постоянно сопровождали меня; они продолжали звучать, даже когда я разговаривала с другими людьми, даже когда я пыталась на чем-то сосредоточиться, например, на чтении, игре на пианино и т. п.; лишь когда я громко беседовала с другими людьми или сама с собой, они немного заглушались звуком произносимых мной слов. Хорошо известные фразы иногда вдруг возобновлялись с середины предложения, что подсказывало мне, что в момент паузы голоса продолжали звучать, то есть сигналы или вибрации более слабых звуков этих голосов продолжали поступать даже тогда, когда я громко говорила.

Мне приходилось лечить пациентов со схожими симптомами. Одна несчастная женщина слышала «голоса» в тече-

ние двадцати лет. Они звучали особенно громко, когда она пыталась смотреть телевизор, так что она вообще не могла этого делать.

В подавляющем большинстве случаев эти «голоса» неприятны. Часто они обвиняют человека в чем-то, оживляя в его памяти жертвы злодеяний, как реальных, так и вымышленных. Часто «голоса» ругаются, и мне встречалось немало пациентов, которые отказывались повторить вслух то, что говорилось «голосами». Гораздо реже «голоса» бывают приятными, как в приведенном выше примере с божественной музыкой. Иногда они могут оказаться и полезными, как в случае с женщиной, которая однажды пришла ко мне на прием и сообщила, что ей стало гораздо лучше. «Я знаю, что произошло улучшение, — сказала она. — Мне это подсказали голоса».

До сих пор точно не известно, почему возникают слуховые галлюцинации. Чаще всего причину ищут в том, что в ходе заболевания шизофренией выборочно поражаются мозговые центры, ответственные за слуховое восприятие, и таким образом возникают слуховые галлюцинации. В нашем мозге имеется несколько подобных центров, часть из них находится вблизи височной и переднелобной областей, которые и поражаются при шизофрении. В одной из последних работ было доказано, что при шизофрении, в ходе появления слуховых галлюцинаций, наблюдается повышенный приток крови к основному речевому центру. В другой работе обосновывается то, что «слуховые галлюцинации вовлекают речевые центры коры головного мозга примерно так же, как это происходит, когда нормальный человек слышит свой собственный голос». Этим можно объяснить, почему «голоса» при галлюцинациях кажутся настолько реальными. Изучение структуры головного мозга больных шизофренией также доказало, что слуховые галлюцинации наиболее характерны для пациентов, у которых увеличен третий желудочек мозга (так называется область, заполненная церебральной жидкостью). Весьма вероятно, что усовершенствование методик исследования структуры головного мозга позволит обнаружить некоторые дополнительные корреляции между отдельными симптомами (такими, как слуховые галлюцинации) и специфическими нарушениями мозговых структур. Интересно также, что слуховые галлю-

цинации могут появляться и у пациентов, глухих от рождения.

При шизофрении встречаются также и зрительные галлюцинации, но гораздо реже. Один из больных описывал их разнообразие:

> На ранней стадии они принимали вид цветных вспышек света — или отдаленных сполохов, или находящихся совсем рядом светящихся блюдец размером около фута в диаметре. Раз пять или шесть я видел нечто другое — в форме слов или каких-то символов, начертанных на гладкой поверхности. С ними было тесно связано то, что иногда, когда я читал какой-то печатный текст, слова и фразы в нем заменялись на образы из галлюцинаций. При этом текст, на который я смотрел, как бы расплывался, а иногда на его месте появлялся совершенно другой... Еще один вид галлюцинаций, который встречался у меня всего два раза, проявлялся в виде стены с портретами молодых девушек, как бы высвеченных через диапроектор. Это были портреты девушек, которых я никогда не знал.

Зрительные галлюцинации обычно встречаются вместе со слуховыми. Если имеют место исключительно зрительные галлюцинации, то мало вероятно, что следует ставить диагноз шизофрении. Чисто зрительные галлюцинации могут вызываться и многими другими заболеваниями, прежде всего связанными с наркотической интоксикацией и белой горячкой.

Как и бред, галлюцинации следует оценивать всегда по отношению к данному культурному контексту. В Средневековье среди некоторых религиозных групп нередко встречались зрительные галлюцинации (да и сегодня встречаются), и их не всегда следует считать признаком психического заболевания. Д-р Сильвано Ариети попытался провести грань между галлюцинациями, наблюдающимися у глубоко религиозных людей, и теми, которые вызываются шизофренией, предложив следующие критерии:

А. Религиозные галлюцинации обычно зрительные, тогда как шизофренические преимущественно слуховые.

Б. Религиозные галлюцинации обычно предполагают появление благожелательно настроенного пастыря или советчика, отдающего указания данному человеку.

В. Религиозные галлюцинации в большинстве случаев приятны.

Довольно редко встречаются обонятельные или вкусовые галлюцинации. Один из пациентов описывал такую галлюцинацию:

> Иногда у меня бывали обонятельные галлюцинации. Как будто бы какой-то источник запаха находился вне моего носа. Иногда этот запах имел какое-то отношение к посторонним «голосам» — например, запах серы появлялся, когда эти «голоса» угрожали отправить меня в ад.

То же самое явление связи между запахом и мыслью описывала и другая пациентка:

> Когда я снова заболела, я начала много думать о тех абортах, которые я сделала еще до .замужества. Я снова ощущала чувство вины. В то время всегда пытались добиться выкидыша принимая хинин. И вот, когда я принимала душ и думала о прошлом, я ощутила запах хинина, который ни с чем невозможно перепутать. Вскоре после этого мы беседовали с матерью, и она что-то обронила об апельсинах. Тут же я ощутила их запах.

Вкусовые галлюцинации обычно состоят в том, что знакомая еда приобретает совершенно другой вкус. У меня, например, были два пациента с параноидной шизофренией, которые, когда их еда стала «странной на вкус», решили, что их отравили. Естественно, когда ваша еда вдруг приобретает другой вкус, первое, что сразу приходит в голову, это то, что в нее что-то добавили.

Тактильные галлюцинации (галлюцинации прикосновения, осязательные) также могут наблюдаться среди больных шизофренией, хотя и не так часто. Я лечил одну женщину, у которой было ощущение, что под кожей ее лица ползают какие-то мелкие насекомые, не надо и говорить, как это выводило ее из себя. У другого пациента подобные галлюцинации были в виде болевых ощущений (сенестопатии).

> Для человека, испытывающего болевые галлюцинации, эта боль ощущается как настоящая. Между ними нет никакой разницы. Человек может отличить их друг от друга только по отсутствию реального источника боли и по наличию взаимосвязи с другими галлюцинациями. Чувствующий такую боль человек страдает по-настоящему... Что касается болевых галлюцинаций, которые я испытал сам, то можно сказать, что они были разными по интенсивности, длительности и месторасположению. По интенсивности и

длительности они могли длиться от секунды до десяти минут. Что касается расположения, болеть мог любой участок тела. По своему типу такая боль может напоминать боль от ожога, удара, пореза и так далее.

Изменения внутреннего «я» и схемы тела

С бредом и галлюцинациями тесно связана другая группа симптомов, характерных для многих больных шизофренией. Здоровый человек характеризуется совершенно отчетливым сознанием своего «я», он ясно понимает, где кончается его организм и начинаются другие предметы. При взгляде на свою ладонь он знает, что это *его* ладонь. Даже сама постановка подобного вопроса шокирует здорового человека, который просто не представляет, что может быть как-то по-другому.

Однако это вполне могут вообразить себе многие больные шизофренией, у которых нарушено ощущение схемы тела. Подобные изменения часто ассоциируются с нарушениями чувственного восприятия, как это описал в своем письме ко мне один больной шизофренией:

> Мое тело изменилось так же, как зрение, и это заметно по любым частям тела. Такое ощущение, что все оно изрезано, искромсано. Спадающие на лоб пряди волос стали гораздо длиннее, тяжелее и более заметны. Тело кажется высохшим, словно вафля. Кожа и подкожная жировая прослойка омертвели, как после укола новокаина, хотя и сохранили чувствительность. Глаза запали, словно они вдавились в глубь черепа. Конечности, похоже, изменили свою форму, они стали тоньше и более кривыми, причем кривизна их изменила свое направление. Такое ощущение, что ладони, руки и ноги сдвинуты на дюйм-два по сравнению с тем, где они находятся на самом деле. Пальцы иногда кажутся то длиннее, то короче, чем обычно, а лицо сузилось в два раза.

Такие изменения ощущения своего «я» могут колебаться в очень широком диапазоне — от небольших соматопсихических расстройств самовосприятия до невозможности отличить себя от другого человека, как это описала Маргарита Сешейе в своей автобиографии:

> Иногда я точно не знала, кому это нужно — ей или мне. Например, я попросила вторую чашку чая, а мама ответила: «Зачем ты просишь? Неужели ты не видишь, что я только что допила свой, так что ты не можешь хотеть еще». Тогда я ответила: «Да, конечно, мне больше не нужно», перепутав ее с собой. Тем не менее я все-таки хотела еще чаю и попросила: «Но я все же хочу чаю». Внезапно я осознала тот факт, что то, что мама уже напилась, не может дать мне ощущение утоленной жажды. Мне стало стыдно, что я попалась в эту ловушку, стыдно смотреть, как она смеется надо мной.

Похожие переживания описывала и другая пациентка:

> Я видела себя в самом разном обличье... В затихшую палату вошла ночная медсестра и села у настольной лампы. Я приняла ее за себя и некоторое время зачарованно за ней следила; до этого я никогда не наблюдала себя со стороны. Утром за завтраком мною были уже некоторые пациенты. Я узнала себя в них по тому, как они держали нож и вилку.

Некоторые части тела больного могут внезапно начать жить своей собственной жизнью, словно они отделены от тела. Это ощущение один из пациентов описывает так:

> Коленки мои дрожат, а грудь, как гора, возвышается передо мной. Все тело ведет себя по-другому. Руки и ноги отделены и находятся в некотором отдалении, двигаясь сами собой. Это происходит, когда мне кажется, что я — другой человек и я повторяю его движения или останавливаюсь и стою как статуя. Я должен остановиться и проверить, моя ли это рука в кармане или нет. Мне страшно пошевелить или повернуть голову. Иногда я кидаюсь своими руками и смотрю, где они приземлятся. После того как я сяду, голова снова проясняется, и я не помню, что со мной происходило.

Сешейе также описывает свою путаницу в вопросе, где кончается ее тело и начинается остальной мир: «Это относилось и к некоторым функциям организма. Когда за окном шел дождь, а я в это время писала в туалете, мне казалось иногда, что с неба падает моя собственная моча, и меня охватывал страх».

Довольно часто больные шизофренией путают свой пол, как это было в случае одного мужчины, убежденного, что его тело приобрело женские черты:

> Грудь моя приняла очертания красивой, хорошо сформированной девической груди; каждый, кто захотел бы внимательно понаблюдать за мной, мог увидеть это собственными глазами... Короткого

взгляда здесь недостаточно. Этот наблюдатель должен был бы провести рядом со мной десять-пятнадцать минут. Только так любой человек заметил бы периодическое подрагивание и колыхание моей груди.

Изменение ощущения собственного «я» может усиливаться при бреде или тактильных галлюцинациях. Пример этого можно найти в известном рассказе Франца Кафки «Превращение», когда Грегор утром после беспокойного сна осознает, что он превратился в «страшное насекомое». Подобные пассажи дают некоторым ученым основание для предположений, что, возможно, Кафка сам страдал шизофренией.

Почему происходит такое изменение в ощущении собственного «я» у больных шизофренией, не известно до сих пор. Обычно формирование чувства собственного «я» происходит путем взаимодействия сложного комплекса осязательных и зрительных сигналов, с помощью которых мы ощущаем и наблюдаем границы своего тела и отличаем его от окружающих нас предметов. Похоже, что ответственность за искажение ощущения своего «я» и схемы тела несут те же присущие шизофрении разрушительные процессы, что вызывают и изменения в восприятии и мышлении.

Изменения в эмоциях

Изменения в эмоциях — это одно из наиболее типичных и характерных для шизофрении изменений. На ранних стадиях этого заболевания могут проявляться такие эмоциональные изменения, как депрессия, чувство вины, страх, а также частая смена настроений. На позднейших стадиях более характерно сглаживание, снижение эмоционального фона, часто выражающееся в том, что человеку вообще, похоже, становится не под силу выражать какие-либо эмоции. Это, в свою очередь, затрудняет общение с больными, приводя к тому, что они еще больше замыкаются в себе.

На ранних стадиях развития шизофрении широко распространен симптом депрессии, хотя часто он остается незамеченным. В 1994 году в одной работе сообщалось, что «у 81 процента пациентов наблюдались явно выраженные эпизоды депрессии». У половины пациентов депрессия пред-

шествует возникновению бреда или галлюцинаций. Большинство подобных депрессивных состояний имеет биологическую природу и вызывается нейрохимическими изменениями в мозге, происходящими в результате заболевания, но некоторые из них могут быть следствием реакции человека на сам факт своей болезни. Одним из самых трагичных и частых последствий такой депрессии является самоубийство, о чем мы подробно поговорим в главе 9.

В начале заболевания больной шизофренией может испытывать широкий спектр часто меняющихся эмоций. При этом вполне типичны преувеличенные ощущения, особенно в связи с какими-либо экстремальными событиями:

> В первые дни моей болезни доминирующими факторами психотических явлений были религиозные переживания. Основной их формой в то время был религиозный экстаз. Попытки внутренних «голосов» убедить меня, принять мессианство создавали фон для галлюцинаций. В смысле аффекта над всем этим превалировало постоянное чувство удовлетворения, благочинности. Я ощущал, что все мои несчастья позади, все проблемы решены, был уверен, что все мои желания будут удовлетворены. Наряду с этим эйфорическим состоянием я ощущал в своем теле слабый источник тепла, особенно где-то в районе спины, а также чувствовал, что тело становится невесомым и легко парит в воздухе.

На ранних стадиях болезни часто встречается и чувство вины:

> Позднее, вспоминая все более подробно, я больше не испытывал чувства вины ни по поводу своих фантазий, ни относительно какого-то реального человека. Вина была слишком всеобъемлющей, слишком огромной, чтобы основываться на чем-то реальном, и требовала наказания. Возмездие было действительно ужасным, садистским — это было чувство вины. Чувство вины — самое страшное из всех наказаний. Я никак не мог от него освободиться, хотя и нес свою кару. Наоборот, я чувствовал себя все более и более виновным, постоянно искал того, кто наказал меня так жестоко, кто заставил меня нести это страшное бремя вины.

Пациентами часто описывается страх, безотчетный и огромный страх без всякого видимого повода. Один больной шизофренией юноша описал его так:

> Я сидел в своей комнате, охваченный неконтролируемым страхом. Он просто поглотил меня — я дрожал от страха даже при виде своего кота.

У пациентов на более поздней стадии шизофрении сильные эмоции отсутствуют. Если же они появляются, следует усомниться, правильно ли был поставлен диагноз шизофрении. Именно сохранение сильных чувств и эмоций является той едва заметной чертой, которая разделяет шизофрению и маниакально-депрессивные заболевания (смотри главу 4). Если, у человека после ранних стадий заболевания остаются сильные чувства и эмоции, то гораздо вероятнее, что следует диагностировать у него заболевание маниакально-депрессивного характера.

Кроме усиления эмоциональной возбудимости больных шизофренией, имеется также ряд фактов, свидетельствующих, что некоторые пациенты испытывают трудности в оценке эмоций других людей. В одном из последних обзоров по этой проблеме утверждалось, что «все возрастает поток литературы, где предполагается, что шизофреники существенно отличаются от представителей контрольных групп в осуществлении эмоционального общения». В этом легко убедиться, если предложить больным шизофренией описать эмоции людей по фотографиям, что для них часто является непосильной задачей. Подобное подавление способности оценивать эмоции других людей является главной причиной того, почему многие больные шизофренией испытывают трудности в общении и завязывании дружеских отношений.

Самой характерной чертой в изменениях эмоций при шизофрении является притупление остроты эмоциональных реакций или выражение эмоций, не соответствующих моменту. Редко когда можно встретить пациента, у которого в разгар заболевания не было бы одного из этих признаков, а иногда и обоих сразу.

В свете приводившегося выше сравнения с сидящей на коммутаторе телефонисткой эти проявления не соответствующих моменту эмоций являются вполне предсказуемыми. Так как мозг больного человека на основе поступающих извне сигналов порождает неправильные мысли или соображения, то он генерирует и неадекватные эмоции. Поступающий сигнал может означать плохие новости, но он искажен настолько, что пациент расплывается в улыбке и смеется. В других случаях человек может выражать неадекватные эмоции из-за того, что в этот момент в его голове

протекают одновременно другие процессы, которые и приводят к тому, что он смеется:

> Иногда я говорю об одном и в то же время думаю о дюжине совершенно других вещей. Для посторонних может быть кажется забавным, когда я вдруг смеюсь над чем-то, не имеющим ничего общего с темой разговора, но они понятия не имеют, что происходит в этот момент у меня в голове. Например, я могу говорить с вами о чем-то весьма серьезном, но тут в голову приходит что-то смешное и заставляет меня смеяться. Если бы мне удалось сконцентрироваться на чем-то одном, то я наверняка не выглядел бы таким идиотом.

Проявление не соответствующих моменту эмоций приводит иногда к очень тяжелым сценам — пациент вдруг без всякой видимой причины разражается громким хохотом. Это типичная картина для психиатрических клиник, она знакома также многочисленным родственникам и друзьям больных.

На ранних стадиях шизофрении притупление эмоций может быть не так заметно. Чапмен утверждает, что «одна из самых ранних стадий при шизофрении включает в себя нарушение процесса сопереживания с другими людьми». Больной шизофренией теряет способность поставить себя на место другого, чувствовать то, что чувствуют другие. По мере развития болезни подобное притупление или атрофия эмоций становится все более заметной: «Когда я в первый раз заболела, я не ощущала эмоций злости, ярости или негодования, хотя бы чуть похожих на те, что я испытывала, когда была нормальной. Больше это напоминало чувства отстраненности, отвращения и страха».

Эмоции могут как бы отделяться от конкретного объекта, оставляя пациента наедине со своими чувствами. Это тонко отмечает один из больных:

> Вместо желания сделать что-то, это что-то может казаться чем-то механическим и пугающим, так как оно способно действовать и неспособно хотеть или не хотеть. Все, что может исцелять, что могло бы быть использовано для постепенного снятия боли, отошло в сторону, а те ощущения, которые должны были быть внутри человека, оказались вне его, отказываясь возвращаться, захватив с собой и силу возвращения. «Вне» и «внутри», наверное, недостаточно хорошие термины, как если бы они были «слишком черными» или «слишком белыми»; это же ощущение больше похоже на нечто серое — вроде чего-то постоянно изменяющегося и

колеблющегося, ускользающего, чего-то желеобразного, не оставляющего после себя ничего вещественного, ничего, что можно было бы попробовать на зуб.

Майкл Векслер как-то признался отцу: «Мне хотелось бы однажды проснуться и почувствовать себя действительно плохо — это было бы лучше, чем вообще ничего не чувствовать».

При сильном притуплении эмоций иногда кажется, что их вообще не осталось. С подобным явлением приходится сталкиваться нечасто, но когда это происходит, то для тех, кто общается с больным, оказывается незабываемым переживанием. У меня были два пациента, у которых мне не удавалось различить никаких эмоций, что бы вокруг ни происходило. Они были вежливыми, иногда упрямыми, но никогда — счастливыми или печальными. Это похоже на общение с роботом. Один из этих пациентов поджег свой дом, после чего спокойно уселся смотреть телевизор. Когда вокруг закричали, что горит его дом, он просто встал и вышел на улицу. Очевидно, что в подобных случаях серьезно повреждены мозговые центры, управляющие эмоциональными реакциями. К счастью, у большинства больных шизофренией не встречается таких сильных повреждений этих областей головного мозга.

Однако утверждать, что больной шизофренией, который выглядит так, будто он не испытывает никаких эмоций, *на самом деле* их не испытывает, следует с большой осторожностью. Исследование, проведенное в 1993 году методом видеосъемки, показало, что больные шизофренией, смотревшие эмоционально насыщенные фильмы, проявляли как позитивные, так и негативные эмоции, хотя и не так сильно, как нормальные люди. Госпожа Джин Бурициус, мать одного больного шизофренией юноши, опубликовала выдержки из сделанных ее сыном записок, доказывающие, что в то время, когда медицинские светила признали его эмоционально тупым, он испытывал сильные, хотя и не выражаемые внешне эмоции. Среди написанного им было, например, такое высказывание: «Одиночество требует песен, песен любви и боли, света и веры в будущее» или «Я прикрыл глаза и превратился в ту часть полуночного ветра, где спят эмоции, где их не тревожит ни один вскрик». Становится все более очевидно, что некоторые больные ши-

зофренией, с виду не испытывающие никаких эмоций, на самом деле живут богатой эмоциональной внутренней жизнью.

С эмоциональной тупостью часто ассоциируются апатия, замедленность в движениях, пониженная активность, недостаток энергии и дефицит (обычно называемый бедностью) мысли и слов. Подобная картина часто наблюдается у пациентов, больных уже в течение многих лет. Они кажутся апатичными, не проявляющими никаких желаний, ни к чему не стремящимися. Складывается такое впечатление, что у них атрофирована воля, очень может быть, что в ходе развития заболевания нечто подобное действительно произошло с их мозгом.

Сегодня стало модным считать, что большинство случаев появления эмоциональной тупости и апатии у шизофренических больных является следствием побочных эффектов применявшихся лекарственных препаратов. На самом деле в таких суждениях содержится очень мало правды. Некоторые из антипсихотических препаратов действительно дают успокаивающий или седативный эффект (смотри главу 7), однако большая часть вины в притуплении эмоций и ослаблении мотивации лежит на самой болезни. Это может быть легко доказано путем анализа описаний состояния пациентов в литературе, вышедшей задолго до открытия подобных лекарств. Притупление эмоций и апатия раньше встречались точно так же, как и сегодня[1].

Изменения в движениях

В последние годы в восприятии многих людей изменения в движениях больных шизофренией стали ассоциироваться с побочными эффектами применяемых лекарственных препаратов. И действительно, антипсихотические средства и соли лития могут вызывать изменения в движениях — от легкого

1. Тем не менее длительное применение антипсихотических препаратов у больных с другими диагнозами может создавать впечатление формировать шизофренического дефекта личности *(прим. ред.).*

подрагивания пальцев до непроизвольных судорог мышц рук или туловища.

Важно, однако, иметь в виду, что подобные изменения в движениях может вызывать и собственно шизофрения, о чем свидетельствуют многочисленные случаи, описанные еще до появления психотропных препаратов. В одной работе, посвященной двигательным изменениям при шизофрении, говорится, что «они наблюдаются практически во всех случаях шизофрении в консервативном смысле этого слова», и делается вывод, что они являются следствием собственно заболевания, а не применения Лекарств. В другой работе отмечается, что половина всех пациентов в стадии ремиссии помнили имевшие у них место изменения в движениях. В одних случаях движения ускорялись, в других — замедлялись. Широко распространены ощущения замешательства и неуклюжести, больные могут задевать на ходу вещи, внезапно застывать неподвижно во время ходьбы, причем подобные вещи случаются с ними гораздо чаще, чем до заболевания.

Еще одним типом двигательных изменений является уменьшение импульсивности, спонтанности, что часто осознается и самими больными. Один из них вспоминал: «Я стал совершенно не импульсивным, каким-то нерешительным, стеснительным, заторможенным». Иногда у больных шизофренией наблюдается усиление спонтанных машущих движений рук при ходьбе. Это привело некоторых ученых к выводу, что эта болезнь может поражать мозжечок или базальные ганглии.

При шизофрении наблюдаются также повторяющиеся движения, такие, как тик, тремор, движения языка или губ в виде посасывания. У большинства пациентов подобные изменения вызваны побочным действием лекарств, но иногда они могут встречаться и независимо от применяемой терапии, под воздействием самой болезни. Шизофренией могут вызываться и почти незаметные изменения в движениях, например редкое моргание, встречающееся у некоторых пациентов. Лекарственные препараты могут, конечно, нести ответственность за некоторые подобные эффекты, но отнюдь не за все. Бальзак, например, замечал их в одном из пациентов еще в начале девятнадцатого столетия: «Он

стоял точно так же, как и сейчас, днем и ночью, с уставленными в одну точку глазами, причем зрачки его совершенно не двигались, как это обычно бывает у нормальных людей».

Наиболее тяжелое впечатление при наблюдении за больными шизофренией производят изменения в движении, называемые кататоническим поведением. Пациент может часами оставаться неподвижным, и если его руку поднять, то она будет оставаться в новом положении час и дольше. Кататонические формы шизофрении часто наблюдались в начале нашего века, сейчас же они встречаются гораздо реже. Одной из возможных причин здесь является скорее всего появление антипсихотических препаратов, так как кататонические симптомы быстро редуцируются при медикаментозной терапии.

Изменения в поведении

Изменение поведения, как правило, является вторичным, а не первичным симптомом шизофрении, то есть изменения в поведении больных шизофренией обычно являются реакцией на другие изменения, происходящие в их мозге. Например, если больной подвержен приступам обостренного восприятия и неспособности обобщать поступающие в мозг сигналы, это заставляет его забиваться в угол. Аналогичным образом могут быть объяснены и многие другие поведенческие особенности, наблюдаемые при заболевании шизофренией.

Так называемый уход от действительности, пребывание длительное время в одном месте, неподвижность — все это наиболее типичные поведенческие признаки этой болезни. Самым выраженным проявлением такого измененного поведения является кататония, когда человек остается длительное время в одной и той же позе, и *мутизм,* то есть нежелание разговаривать[1]. Кататония и мутизм составляют лишь часть особых форм поведения, которые включают в себя и менее очевидные формы ухода от действительности

1. Мутизм — немотивированный отказ от разговора *(.прим. ред.).*

и неподвижности, так часто наблюдаемые при этом заболевании.

Больной шизофренией может «уходить в себя» и молчать по самым разным причинам. Иногда это происходит, когда человек погружается в глубокое размышление:

> Это произошло, когда я шел по улице. Я глубоко задумался и шел, как будто в трансе. Я был настолько погружен в свои мысли, что меня словно вообще не было в этом мире. Я испугался, что это состояние «захлопнется», и я потеряю себя. Именно тогда я и забеспокоился.

Иногда это состояние возникает как адаптация, которая направлена на уменьшение избыточного потока сенсорных сигналов, чтобы мозг мог справляться с их обработкой:

> Я не люблю быстро ходить. Мне кажется, что если я буду идти слишком быстро, могут отказать тормоза. Я могу вынести такое движение лишь кратковременно, а потом я должен остановиться. Если бы я продолжал двигаться, я не смог бы воспринимать окружающее так, как оно есть на самом деле. Я воспринимал бы только звуки, шум и само движение. Все вокруг смешалось бы в однообразную массу. Я обнаружил, что могу предотвратить это, если буду оставаться спокойным и неподвижным. Когда я нахожусь в таком состоянии, мне легче воспринимать окружающее.

К такому замедлению может привести и появление неожиданных внешних стимулов.

> Иногда я замираю, меня словно парализует. Это может длиться минуту-две, но меня это пугает. Похоже, что это происходит, когда случается что-то неожиданное, особенно если при этом бывает много внезапного шума. Скажем, я иду по коридору, и вдруг кто-то включает телевизор — внезапно раздавшаяся музыка словно замораживает меня на несколько минут.

Движения также могут замедляться, как бы для того, чтобы дать возможность мозгу объединить их в одно целое, так же, как это происходит и со слуховыми или зрительными сигналами.

> Я не уверена больше в собственных движениях. Это очень трудно описать, но иногда я не уверена в самых простых действиях — например, как сесть. Это даже не столько касается мысли о действии, меня приводит в ступор само движение... Недавно я поймала себя на мысли, что перед тем как что-то сделать, я представляю себе, как я это делаю. Если, например, я собираюсь сесть, то перед тем как выполнить это действие, я должна подумать, почти

что увидеть себя садящейся в кресло. То же самое относится и к другим простейшим действиям — умыванию, еде, одеванию, тем, что я раньше делала автоматически. Все это заставляет меня действовать гораздо медленнее. Мне требуется на все больше времени, так как я всегда отдаю себе отчет, что именно я делаю. Если бы мне удалось покончить с этим наблюдением за собой в момент каждого действия, то я все делала бы гораздо быстрее.

У больных шизофренией встречаются и другие виды аномального поведения. Довольно часто можно наблюдать так называемое ритуальное поведение. Некоторые пациенты ходят кругами, а однажды у меня был пациент, который проходил через все двери спиной вперед. На то, почему они так действуют, могут быть свои причины — давайте познакомимся с объяснением женщины, которая, делая пирог, должны была особым образом взбивать яйца:

По мере готовности теста происходила перемена. Отдельные детали начинали иметь свое особое значение. Весь процесс становился своего рода ритуалом. В какой-то момент такт перемешивания должен был быть наподобие тиканья часов, в другой момент нужно было отбить тесто, встав лицом на восток. Яичные белки нужно было взбивать слева направо. Для каждого действия была та или иная причина. Я осознавала, что все это как-то ново, необычно, неожиданно, но не ставила под сомнение. Во всем этом была какая-то законченность, практичность. Каждый импульс сопровождался таким же само собой разумеющимся объяснением.

Вот еще один пример подобного ритуального поведения:

Это состояние индифферентности продолжалось до тех пор, пока оно внезапно не сменилось внутренним и внешним оживлением. Сначала я должен был встать и пойти, было просто невозможно оставаться в постели. Распевая реквием, я маршировал — три шага вперед, три шага назад — с тем автоматизмом, который я был не в состоянии самостоятельно прервать, был нужен кто-то посторонний, чтобы все это прекратить. Сам я не мог остановиться, меня словно кто-то вынуждал маршировать, и если вдруг я на секунду останавливался, чтобы передохнуть, то чувствовал себя виноватым. Более того, когда какое-либо движение становилось автоматическим, то прерывая его я ощущал чувство вины. Но никто мне не верил, что я хотел остановиться, так как после тех или иных процедур я начинал все заново.

Иногда пациенты могут часто повторять некоторые жесты, кажущиеся им вполне логичными, но стороннему наблюдателю представляющиеся весьма странными. Один пациент ритмично тряс головой из стороны в сторону, пытаясь

выбросить лишние мысли из головы. Другой постоянно массировал голову, «чтобы прочистить мозги» от нежелательных мыслей. Именно из-за такого ритуального поведения некоторым больным шизофренией могут поставить ошибочный диагноз *навязчивого расстройства,* или *состояния.* Подобное навязчивое состояние действительно часто присутствует при шизофрении, тем не менее у больного с настоящим навязчивым неврозом не встречается мыслительных расстройств, бреда, галлюцинаций и других свойственных шизофрении симптомов.

Больные шизофренией могут принимать некоторые специфические позы. Один из моих пациентов бесконечно шагает по дорожке, прижав левую ладонь к левому плечу. Это очень неудобно, но он постоянно возвращает ее в это положение по до сих пор неизвестным мне причинам. Другая поза была описана Персивалем:

> Было еще два или три бредовых состояния, после которых я едва вспомнил, как меня вылечили, — одно из них состояло в том, что, держа ноги на кровати, я должен был прислониться затылком к стене и, резко поворачивая шею, вертеть из стороны в сторону все тело. На мое счастье, я никогда не проделывал это со всей силой из страха сломать себе шею.

Иногда больные могут повторять сказанное им как попугаи. На языке психиатрии это явление называется *эхолалией.* Чапмен полагает, что подобное повторение слов, вероятно, помогает пациентам потянуть время, чтобы воспринять и понять сказанное. Гораздо реже встречается другое поведение, когда больной начинает повторять все ваши движения, — *эхопраксия.* Оно может являться следствием нарушения ощущения своего «я» — больной не знает, где кончается его тело и начинается тело другого человека.

По очевидным причинам наиболее тягостно для родственников и друзей больного его поведение, противоречащее принятым социальным нормам. К счастью, большинство пациентов из тех, кто неподобающе ведет себя в больничной палате, держатся вполне прилично, когда отправляются на экскурсию или прогулку за пределы клиники. Всегда интересно наблюдать за пациентами даже из палат для тяжелобольных, попадающими в общественные места: они, как правило, гораздо сильнее обращают на себя внимание одеждой (обычно плохо на них сидящей), чем своим поведением. Очень небольшое число пациентов бывают настолько боль-

ны, что и в общественных местах могут вести себя неподобающе — мочиться, мастурбировать, приставать к посторонним и так далее, но, повторяю, такие случаи очень редки. Состояние некоторых из них, но не всех, может быть улучшено благодаря соответствующей терапии.

Всегда следует помнить, что поведение больных шизофренией внутренне обусловлено и логично, они совершают те или иные поступки по причинам, которые вызваны их расстроенными ощущениями и мышлением, совершают действия, которые для них имеют смысл. Стороннему наблюдателю их поведение может казаться иррациональным, «идиотским», «чокнутым». Для больного же в этом поведении нет ничего «идиотского». Вот, например, объяснения пациентки, которая, внешне ни с того ни с сего, разбила очки у двух своих медсестер:

> Мои ощущения по поводу избытка света и правды проявились в идеях относительно очков. Я стала бояться людей, носящих очки; мною постоянно владела мысль, что врачи и медсестры в очках сознательно меня преследуют тем, что направляют своими очками в мои глаза дополнительный свет. В то же время очки символизировали собой ложь, какой-то барьер между человеком и восприятием жизни. Сама я обычно ношу очки (слегка затемненные, поскольку мои глаза устают от яркого света). И вот я схватила и разбила очки этих медсестер.

Одна больная шизофренией женщина, считавшая, что ее мысли и чувства контролируются соседом — аптекарем, решила, что «единственный способ, каким я могу вырваться из-под его влияния, это очертить шагами вокруг его аптеки окружность в милю диаметром».

В своих автобиографических записках Даниель Шребер описал, как он спал, вытянув руки в окно и вцепившись в покрытые инеем ветки так, что едва их не отморозил, и все это для того, чтобы достичь недостижимую цель — подобное «замораживание» было для него единственным способом победить «лучи», которые сводили его с ума. Даже такое странное поведение, как раздевание в общественных местах, может быть обусловлено логически. Один из больных писал мне, что он проделывал это, чтобы «очиститься», чтобы стать, как Адам и Ева в их первые дни в Эдеме.

То же самое можно отнести ко всему, что больной шизофренией говорит и делает. Его поведение кажется «идиотским» только стороннему наблюдателю. Однако если вы пожертвуете своим временем на то, чтобы выслушать боль-

ного шизофренией, он уже не будет казаться вам таким уж «идиотом», если под этим словом вы подразумеваете иррациональное поведение. Этот «идиотизм» имеет свои корни в нарушении деятельности мозга, которое вызывает искажение сенсорных сигналов и расстройство мышления.

Таким образом, шизофрения — это расстройство мозговой деятельности. Известный невропатолог Шеррингтон сравнил как-то нормальный мозг с «волшебным ткацким станком», который из пряжи опыта ткет ковер на фабрике жизни. У людей, чей мозг поражен шизофренией, этот станок сломан и, похоже, иногда заменяется калейдоскопом, порождающим смешение мыслей и ассоциаций. Представляя получающуюся в результате какофонию сигналов, разве можно удивляться тому, что часто сами больные называют свою жизнь сумеречным существованием?

Иногда пациенты отдают себе отчет, что в деятельности их мозга произошли нарушения — подобная способность осознать свое состояние называется адекватной самооценкой или критичностью к болезни. На ранних стадиях заболевания некоторые больные даже рассказывают окружающим, что в их голове происходит что-то не то. Одна мать вспоминала, как сын держал ее за руку и умолял: «Мамочка, помоги мне, у меня в голове что-то сломалось». Упоминавшийся выше Джон Хинкли написал своим родителям письмо (но так его и не отправил), в котором признавался: «Я не знаю, в чем дело. Мысли не работают. Кажется, у меня что-то не в порядке с головой». Один из самых впечатляющих рассказов я слышал об очень талантливом юноше, который в самом начале болезни понял, что с его головой что-то происходит. Изучая симптомы, он провел в окружной медицинской библиотеке полгода, пока его болезнь не перешла в следующую стадию. В другом случае отец больного рассказал мне, что его сын «сам поставил себе диагноз, что у него шизофрения» еще до того, как в семье стали замечать симптомы этого заболевания.

По мере усиления болезни возможность адекватной самооценки уменьшается. Это не удивительно: ведь нарушается деятельность мозга, а мы познаем себя именно с его помощью. Я всегда искренне поражаюсь больным шизофренией, обладающим подобным даром самопознания. Такие пациенты иногда встречаются даже среди хронически больных шизофренией. Одна женщина, страдавшая этой бо-

лезнью долгие годы, написала мне, что она «с радостью отдала бы свою правую руку, лишь бы заработал мозг». Другая женщина, болевшая тяжелой формой шизофрении в течение семи лет, когда я спросил, что подарить ей на Рождество, печально на меня посмотрела, выдержала паузу и ответила: «Разум».

Только представьте себе, каково все это — чувствовать не то, что есть на самом деле, быть не в состоянии правильно интерпретировать поступающие сигналы, бредить, видеть галлюцинации, не ощущать границ своего тела, не испытывать эмоций, двигаться не так, как другие. Представьте, каково вам было бы почувствовать, что вы больше не можете доверять своему мозгу, когда он что-то вам подсказывает. Как объяснила мне одна тяжелобольная, проблема заключается в том, где взять «линейку для измерения твоего я», ведь оценить степень своей болезни больной может только с помощью своего же больного мозга. Разве можно после всего этого удивляться, что больные шизофренией часто находятся в состоянии депрессии? Что они часто стыдятся своего собственного поведения? Если и существует более страшная болезнь, чем шизофрения, то она мне не известна. Один больной юноша в своем стихотворении ухватил самую ее суть:

Меня захватила гигантская волна,
Невиданная прежде,
И утащила
На самое дно океана.

Ко дну меня прижало
Огромное давление,
Я не *могу слышать*
Что он сказал?
Не видеть мне больше дома —
Так кажется здесь
На дне
Мертвому в пучине океана.

Мне так грустно,
Я не могу разорвать
Этот узел,
Я в силках,
Я труп
И никогда не оживу я вновь.
Кто-то прижал подушку
К моему лицу,
Я не могу дышать.

Как родственникам и друзьям больного узнать, через что предстоит пройти близкому им человеку? Прием психотропных лекарств может вызывать изменения в ощущениях и даже бред, напоминающие шизофрению, но в домашних условиях их применять не рекомендуется[1]. Чтобы лучше понять то, что испытывает больной шизофренией, лучше пойти одному в музей и представить себе, что вы внутри одной из картин (знакомым лучше об этом не говорить, а то они забеспокоятся о *вашем* душевном состоянии). Ниже представлены репродукции нескольких картин, о которых пойдет речь.

Начнем с картин Ван Гога, созданных в конце 1888 и в 1889 годах, когда у него наблюдались психозы. Его искаженное восприятие линий, цветовых оттенков и материала особенно ярко отражено в «Звездной ночи» и в «Оливковой роще с белым облаком».

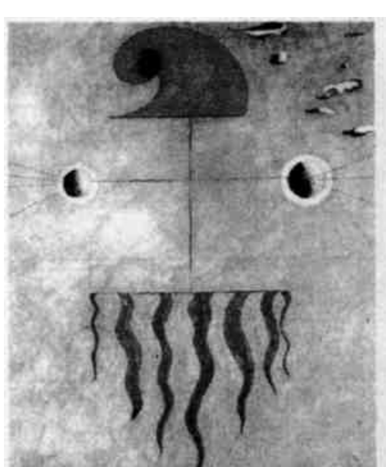
Многие другие художники, хотя сами не были психически больными, включали в свои произведения элементы, напоминающие восприятие шизофреника. Жоан Миро, например, в своих работах «Портрет IV, 1938», «Голова женщины, 1938» и «Голова каталонского крестьянина» изображает черты лица отделенными друг от друга и значительно искаженными. Зритель, смотрящий на картину Пабло Пикассо «Обнаженная», сталкивается с непростой задачей объединить, синтезировать разрозненные детали в единое целое. Это очень похоже на ту задачу, с которой ежедневно сталкивается больной шизофренией. В картине Марселя Дюшана «Обнаженная, спускающаяся по лестнице» бросаются в глаза фрагментарность, нарушенная координация, замешательство, на которые часто жалуются больные шизофренией. Именно эта картина специально упоминалась одной женщиной, заболевшей шизофренией после вирусного энцефалита, в качестве примера, который должен был объяснить врачу, что именно она испытывает.

Нарушение эмоционального состояния заметно в некоторых картинах Анри Руссо. Представьте себя внутри «Сна», например, с уставившимися на вас чьими-то глазами и ужасом, таящимся за каждым кустом.

1. Не рекомендуется прием психотропных лекарств без наблюдения амбулаторного психиатра *(прим. ред.)*.



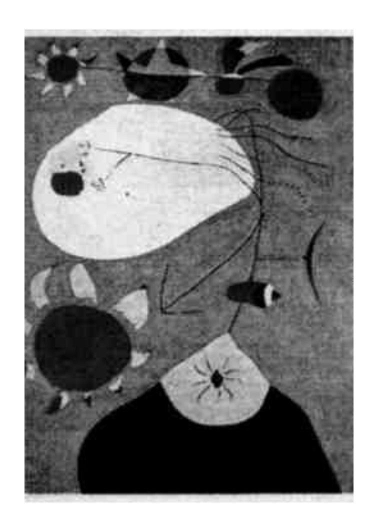
«Звездная ночь» Ван Гога (1889), созданная в период временного психоза, отражает искажение линий, света и цветовых оттенков — то же испытывают и некоторые больные шизофренией.
Из собрания Музея современного искусства, Нью-Йорк. Приобретено от Лилли П. Блисс Беквест.



«Голова каталонского крестьянина» (1925). Жоан Миро изображает черты лица по отдельности, искаженными. Коллекция Роланда Пенроза, Лондон.

«Обнаженная, спускающаяся по лестнице» Марселя Дюшана (1912). Иллюстрирует отрывочность восприятия и потерю координации, часто сопутствующие шизофрении. Художественный музей, Филадельфия. Собрание Луизы и Вальтера Аренсбертов.





Жоан Миро «Портрет IV, 1938». Коллекция Томпсона, Пнттсбург.



«Сон» Анри Руссо (1910) отражает похожий на сновидение чуждый нам мир, в котором живут некоторые пациенты, и тот ужас, который параноидные больные испытывают от того, что за ними «кто-то следит».
Музей современного искусства, Нью-Йорк. Дар Нельсона А. Рокфеллера.



Литография Эдварда Мунка «Вопль» (1895) — отражение страха и отчаяния. Здесь ясно выражены депрессия, беспокойство и явные слуховые галлюцинации, так часто испытываемые больными шизофренией. Национальный музей, Вашингтон. Из собрания Розенвальда.

Отсюда недалеко и до произведений Эдварда Мунка, таких, как «Вопль», отражающий депрессию, отчаяние и одиночество шизофреника. Женщина на этой картине сдавила руками уши точно так же, как это делают многие больные, стремясь избавиться от слуховых галлюцинаций. Закончим мы нашу экскурсию по музею у картины Иеронима Босха «Сад земных наслаждений». Внимательно всмотритесь в часть триптиха под названием «Ад» и задумайтесь над тем, что страдания, которые испытывает заболевший шизофренией, намного хуже, чем все пытки, когда-либо порожденные воображением художника.

Подводя итог, можно сказать, что шизофрения — это болезнь, при которой мозг, физическая основа нашей личности, начинает жестоко шутить с человеком. Рой Портер в своей «Социальной истории безумия» писал, что «ключевым признаком различия между „безумием" и „нормальностью" всегда была некоторая „странность", „отчужденность" — в неожиданно прерванном разговоре, во внезапном молчании». Кэти Бик на самых ранних стадиях заболевания, которое потом развилось в тяжелую форму шизофрении, тонко отразила эту странность в своем дневнике: «Что-то внутри меня пытается пробиться через это чужое веселое состояние, существующее благодаря какой-то посторонней силе, и это жуткое пугало обязано своим появлением другим силам». Учитывая расстройство деятельности головного мозга, некоторые больные шизофренией предпринимают просто героические усилия, чтобы добиться умственного равновесия, и со стороны лиц, заботящихся о таких больных, единственно правильным ответом будет терпение и понимание. Лучше всего, наверное, это продемонстрировала нам бальзаковская героиня из «Луи Ламбера», девушка, вышедшая замуж за человека с хронической формой шизофрении и посвятившая всю свою жизнь' заботе о нем[1]:

> Конечно, — сказала она мне, — Луи может показаться сумасшедшим, но он не сумасшедший, если слово «безумный» относится к тем, у кого по неизвестным причинам заболевает мозг и они не отдают себе отчета в своих действиях. В моем муже все координировано. Если он не узнал вас физически, не думайте, что он вас

1. *Бальзак* О. Философские этюды. Луи Ламбер//Бальзак О. Собр. соч. в 24 т.-М.: Правда, 1960.

не видел. Ему удалось освободиться от своих телесных свойств, и он видит нас в другой форме, не знаю в какой. Когда он говорит, то высказывает удивительные вещи. Но часто он лишь заканчивает словами мысль, возникшую в его душе, или, наоборот, начинает какую-нибудь фразу, а заканчивает ее мысленно. Другим людям он кажется безумным; для меня, живущей в атмосфере его мыслей, все его идеи ясны. Я иду по дороге, проложенной его духом, и, хотя я не знаю всех ее поворотов, я все же надеюсь оказаться у цели вместе с ним. С кем не случалось множество раз, что он, размышляя о пустяках, приходил к очень важной идее через ряд представлений или воспоминаний? Часто, говоря о чем-нибудь малосущественном, невинной точке отправления какого-нибудь беглого размышления, мыслитель забывает или умалчивает об абстрактных связях, которые привели его к выводу, и продолжает говорить, показывая только последнее звено этой, цепи размышлений. Обыкновенные люди, которым не свойственно столь стремительное движение мыслей и образов, не зная внутренней работы души, начинают смеяться над мечтателем, объявляют его безумцем, если для него обычны такого рода провалы памяти. Луи всегда такой: он с быстротой ласточки без конца летает в пространствах мысли, и я умею следовать за ним по всем ее извилинам. Вот история его безумия.

Подобное понимание и самопожертвование являются хотя и литературным, но идеалом. До определенной степени такое отношение присутствует и в некоторых семьях, и среди обслуживающего психиатрических больных персонала. Как показывает пример жены Луи Ламбера, после понимания приходит участие и сострадание. Поэтому для нас важно прежде всего понять, понять как можно больше — тогда бремя этого заболевания станет гораздо легче.

Глава 3

Диагностика шизофрении: взгляд со стороны

Безумие — это хроническая болезнь мозга, вызывающая как расстройство умственной деятельности, так и изменения в ощущениях, эмоциях и привычках больного.

Д-р Амария Брайэм, 1845

О проявлениях большинства заболеваний мы можем судить по вполне установленным точным признакам. Тифозную горячку можно диагностировать по наличию определенных бактерий, почечную недостаточность — по повышению уровня содержания в крови определенных химических веществ, рак — по изменению клеток, хорошо видному под микроскопом. Почти в каждом заболевании имеется нечто, что может быть увидено или измерено, и это нечто используется при диагностике той или иной болезни, отделяя болезненное состояние от здорового.

При шизофрении все обстоит не так! На сегодняшний день у нас нет ни единого безусловного критерия, ничего такого, на основании чего можно было бы сказать: «Да, это, вне всякого сомнения, шизофрения!» Именно поэтому диагностика данного заболевания вызывает столько затруднений и споров. Эти затруднения еще более возрастают вследствие схожести симптомов шизофрении с симптомами других заболеваний.

Так как у нас нет никаких показателей, которые можно было надежно измерить, нам остается судить о шизофрении только по ее симптомам. Это может приводить к ошибкам, поскольку зачастую проявление сходных признаков может быть обусловлено самыми разными причинами. Например, боли в области живота — это симптом, но этот симптом

может вызываться более чем сотней различных заболеваний. Естественно поэтому, что использование симптомов для точной диагностики — занятие довольно рискованное, но именно так мы вынуждены поступать, имея дело с шизофренией. Таким образом, диагностика шизофрении превращается в своего рода искусство, тем более тонкое, что ранняя постановка точного диагноза является при этом заболевании делом первостепенной важности, она позволяет своевременно назначить соответствующий курс лечения и дать пациенту (и его семье) определенную перспективу. Точное определение шизофрении облегчает работу и ученым, поскольку позволяет им быть уверенными, что они говорят об одном и том же.

Определение шизофрении

Хотя у шизофрении нельзя выделить ни одного признака, который был бы специфичен только для этого заболевания, тем не менее существует несколько таких симптомов, которые крайне нетипичны для других, отличных от нее болезней. При их наличии подозрение на шизофрению должно существенно возрасти. Так, например, Блейлер полагал, что для этого заболевания центральное место в симптоматике занимает утрата ассоциативности мышления. Не так давно немецкий психиатр Курт Шнайдер предложил список симптомов, названных им «симптомами первого ранга». Наличие у пациента одного или более из них прямо указывает на заболевание шизофренией. В этот список включены следующие симптомы:

1) слуховые галлюцинации, при которых «голоса» проговаривают мысли пациента вслух;
2) слуховые галлюцинации, при которых два «голоса» спорят между собой;
3) слуховые галлюцинации, при которых «голоса» комментируют действия пациента;
4) тактильные галлюцинации, когда пациент ощущает прикосновение чего-то постороннего;
5) «изымание» мыслей из головы пациента;
6) «вкладывание» мыслей в голову пациента, осуществляемое посторонними лицами;

7) вера в то, что мысли пациента передаются другим, словно по радио;
8) «вкладывание» в сознание пациента ощущений других людей;
9) «вкладывание» посторонними лицами в сознание пациента непреодолимых импульсов;
10) ощущение, что все действия пациента осуществляются под чьим-то контролем, автоматически;
11) бред, при котором нормальные события воспринимаются как имеющие особый, «скрытый» смысл.

В европейских странах этот список симптомов широко используется в качестве основы для диагностики шизофрении, в Соединенных Штатах он применяется реже. Хотя исследования показывают, что у трех четвертей всех пациентов с шизофренией присутствует, по крайней мере, один, а то и несколько симптомов из этого списка, тем не менее их наличие не может служить окончательным доводом в пользу шизофрении. Эти же симптомы встречаются и у, по крайней мере, четверти больных с маниакально-депрессивными расстройствами.

Вплоть до последнего времени термин «шизофрения» гораздо более широко использовался в США, чем в Европе. Фактически единственной страной, где этот термин применялся так же широко, как и в США, был Советский Союз, где он служил своего рода ярлыком для дискредитации и изоляции диссидентов[1].

Американская психиатрия в 1980 году сделала гигантский шаг вперед, приняв новую, существенно переработанную схему диагностики и систематизации психиатрических заболеваний, закрепленную в третьем издании «Диагностического и статистического справочника по психическим расстройствам», обычно называемом DSM-III[2]. В 1987 году в него были внесены дополнения и изменения (он стал называться DSM-III-R), а в 1994 году вышло его четвертое из-

1. Конечно, в СССР диагноз шизофрении служил не только для политических целей. Расширительное трактование термина «шизофрения» в нашей стране (как и в США) началось с 1960-х годов и продолжается в некоторых регионах до настоящего времени *{прим. ред.)*
2. DSM- III послужил основой для Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), которая вскоре будет принята в нашей стране *(прим. ред.).*

дание (DSM-IV). В соответствии с ним диагноз шизофрении может быть поставлен только в том случае, если выполнены следующие условия:

1. Симптомы заболевания проявляются, по крайней мере, в течение шести месяцев.
2. По сравнению с периодом, предшествующим заболеванию, наблюдаются изменения в способности выполнять определенные действия (трудовые операции, общение, уход за собой).
3. Данные симптомы не связаны с органическими изменениями мозговой ткани[1] или задержкой умственного развития.
4. Данные симптомы не связаны с маниакально-депрессивным психозом.
5. Должны присутствовать симптомы, перечисленные в одном из пунктов — а, б или в:
   а) по крайней мере, в течение месяца должны наблюдаться какие-либо два из следующих симптомов: бред; галлюцинации; расстройства мышления и речи (т. е. бессвязность или частая потеря ассоциативных связей); в значительной Мере дезорганизованное или кататоническое поведение; «негативные» симптомы (то есть притупление эмоций, апатия);
   б) странный бред, который члены одной с пациентом субкультуры рассматривают как совершенно беспочвенный (например, вера, что ваши мысли у вас «забирают» из головы и затем распространяют по радио и т. д.);
   в) явные слуховые галлюцинации в виде одного или нескольких «голосов», комментирующих действия пациента или спорящих друг с другом.

Эти критерии диагностики шизофрении получили в США широкое распространение и могут использоваться даже в семейных условиях при попытке определить то или иное заболевание. При отсутствии данных критериев диагноз шизофрении ставить нельзя.

1. В данном случае имеются в виду тяжелые органические нарушения, вызванные, например, черепно-мозговыми травмами *{прим. ред.)*.

Списки симптомов, подобные приведенному выше, могут создать впечатление, что шизофрению диагностировать довольно легко. Это действительно так, если иметь дело с запущенной формой этого заболевания, но на ранних стадиях диагностика шизофрении является довольно трудной задачей. Симптомы могут проявляться с разной степенью периодичности, они бывают слабо выраженными, а пациент может умело скрывать некоторые проявления своего заболевания. Поэтому в кругу специалистов широко распространена практика, когда при первых встречах с пациентами они записывают в историю болезни: «подозрение на шизофрению». Это означает, что их диагноз находится под вопросом — до тех пор пока клиническая картина не станет яснее.

Требование, чтобы для постановки диагноза шизофрении указанные симптомы наблюдались в течение, по крайней мере, шести месяцев, является отступлением от принятой в США практики. Вместе с тем это существенный шаг вперед, так как шизофрения — диагноз очень серьезный, и его нельзя использовать в дискриминационных целях, применяя к людям с какими-либо симптомами, сходными с шизофреническими, но наблюдающимися кратковременно, как это часто бывало в недалеком прошлом. К людям, у которых шизофреноподобные симптомы проявлялись менее шести месяцев, рекомендуется, согласно DSM-IV, применять диагноз: *шизофреническое расстройство.* Если длительность проявления симптомов менее одного Месяца, должен использоваться диагноз: *кратковременное психотическое расстройство* или *острое шизофреноподобное психотическое расстройство.*

Хотя критерии, разработанные в DSM-IV, внесли свой вклад в диагностику шизофрении, проблемы тем не менее остаются. Диагноз по-прежнему основывается на субъективной оценке психиатром поведения пациента и того, что тот говорит во время приема. Что явно необходимо и что может быть использовано уже сейчас или, по крайней мере, в ближайшем будущем, так это объективные методы диагностики, такие, как лабораторные анализы крови и спинномозговой жидкости. Пока они не будут использоваться повсеместно, диагностика шизофрении останется чрезвычайно сложным делом, требующим квалифицированной оценки в клинических условиях.

Проиллюстрировать некоторые из проблем, возникающих при диагностике шизофрении, может получивший широкую огласку эксперимент д-ра Дэвида Розенхана, психолога из Стэнфордского университета, поставленный им в 1973 году. Розенхан попросил добровольцев отправиться в психиатрические клиники и заявить, что им уже три недели слышатся различные «голоса». Любые слуховые галлюцинации бесспорно являются очень важным и распространенным симптомом шизофрении, который отмечается у подавляющего большинства пациентов. Они настолько важны как диагностический признак, что некоторые психиатры считают их наличие прямым указанием на шизофрению — до тех пор, пока не будет доказано иное. В связи с этим не удивительно, что все добровольцы были госпитализированы. Розенхан использовал свой эксперимент, чтобы лишний раз поиздеваться над психиатрами и их способностью ставить диагноз, но он был не прав. Было бы гораздо страшнее, если бы этих добровольцев, заявивших, что их очень беспокоят «голоса», *не госпитализировали* для дальнейшего наблюдения. Слуховые галлюцинации для шизофрении — то же, что боли в животе для аппендицита или рвота кровью для язвенной болезни. Все подобного рода симптомы являются признаком опасности и предполагают обязательное дополнительное наблюдение. Д-р Сеймур Кети прекрасно показал ошибочность выводов Розенхана:

> Если бы я выпил кварту крови и пришел, скрыв содеянное, в приемный покой любой больницы с кровавой рвотой, поведение персонала можно было бы легко предсказать. Если бы мне немедленно поставили диагноз и стали лечить от язвенной болезни, я сомневаюсь, чтобы это послужило убедительным доказательством того, что медики и медицина как наука не знают, как расценивать проявление конкретного симптома.

Виды шизофрении и параноидные расстройства[1]

Во второй половине девятнадцатого века различные виды болезни, называемой нами сегодня шизофренией, описыва-

1. Описываются в соответствии с уже подготовленной к использованию в России МКБ-10 *(прим. ред.).*

лись как отдельные заболевания. Так, в 1868 году был выделен *параноидный (бредовой) психоз,* в 1871 году — *гебефрения,* а в 1874 — *кататония.* В 1896 году Эмилем Крепелином эти три заболевания были объединены в одно и названы *dementia praecox {раннее слабоумие).* В 1911 году Эуген Блейлер изменил это название на *шизофрению* и добавил еще один вид — *простую шизофрению.*

С тех пор эти виды шизофрении широко используются в диагностике. Их отличия основаны исключительно на наиболее типичных симптомах. Так, параноидная шизофрения характеризуется бредом и/или галлюцинациями с преобладанием бреда преследования и реже, в хронической форме, — бреда величия. При гебефренической шизофрении преобладают речевые расстройства, дурашливое поведение, притупление и/или неадекватность эмоциональных реакций. Диагноз кататонической шизофрении ставится в тех случаях, когда отличительными признаками заболевания являются изменения в поведении, такие, как принятие особых поз, неподвижность, ступор, часто — мутизм (отказ от разговора). Простая шизофрения характеризуется утратой интереса к окружающему и потерей инициативы, уходом в себя, притуплением внешних эмоциональных реакций, а также отсутствием бреда или галлюцинаций.

Полезность и пригодность выделения подобных типов довольно сомнительна, несмотря на их широкое использование. Лишь небольшое число пациентов можно с уверенностью отнести к тому или иному типу, у большинства же наблюдаются смешанные симптомы. Еще важнее иметь в виду, что для больных шизофренией характерны существенные изменения клинической картины в ходе заболевания, так что вначале у пациента отмечается, например, кататонический тип поведения, а через несколько лет у него же могут наблюдаться симптомы гебефренической природы. Даже старая психиатрическая аксиома «Параноидный однажды — параноидный всегда» оказалась не совсем верной, я наблюдал многих пациентов с классическими симптомами параноидной шизофрении, у которых через несколько лет отмечались симптомы совершенно другого типа. В связи с этим в последнее время среди психиатров отмечается тенденция к постановке диагноза шизофрении «недифференцированного типа», что означает наличие у пациента смешан-

ных симптомов и является отходом от традиционного деления шизофрении на четыре типа.

Параноидная шизофрения представляет собой особую проблему, так как она тесно граничит с одним из определенных типов личности. Личности параноидного типа можно обнаружить в нашей жизни повсюду, они отличаются подозрительностью, недоверием, вспыльчивостью и эмоциональной замкнутостью. На другом конце спектра находится личность с сильно развитой параноидной шизофренией — с бредом преследования и галлюцинациями. Между этими двумя полюсами находится большое число людей с проявляющимися в той или иной мере параноидными чертами личности. Диагноз параноидной шизофрении ставят только тем, у кого наблюдается полная клиническая картина развитого заболевания, а людям с менее выраженными параноидными признаками ставят диагноз *бредового расстройства* или *параноидного расстройства личности.* Таким образом, пациент с устойчивым бредом преследования или ревности, без проявления других симптомов, по новейшим критериям формально не должен классифицироваться как больной шизофренией.

Среди некоторых ученых распространено мнение, что параноидная шизофрения и связанные с ней расстройства являются отдельным заболеванием, которое, по всей видимости, вызывается причинами, отличными от тех, что вызывают иные типы шизофрении. Эти ученые опираются как на результаты генетических исследований, свидетельствующих, что случаи параноидной шизофрении существенно чаще, чем другие типы этого заболевания, встречаются в рамках одной семьи, так и на результаты биохимических исследований, которые показывают увеличение содержания некоторых химических веществ в мозге больных параноидной шизофренией, не отмеченное у других больных шизофренией. Эта область научных исследований еще далеко не разработана, и поэтому в настоящее время параноидная шизофрения должна рассматриваться как законный тип шизофрении.

Согласно иному методу типизации шизофрении, пациентов делят на тех, у кого преобладают «позитивные» симптомы, и тех, у кого на первый план выступают симптомы «негативные». *«Позитивными»* симптомами обычно назы-

вают симптомы, состоящие в появлении феноменов, отсутствующих у здоровых людей (то есть бред, галлюцинации, мыслительные расстройства, например утрата ассоциативных связей), хотя, конечно, использование слова «позитивный» в таком контексте кажется не вполне удачным. *«Негативные»* симптомы, с другой стороны, это симптомы, состоящие в отсутствии определенных проявлений активности, которые, по идее, должны иметь место (то есть апатию, уход в себя, отказ от выражения эмоций, замедленность движений, недостаточную энергичность). Д-р Тимоти Кроу и его лондонские коллеги разделили шизофрению по этому признаку на два типа: тип I (с преобладанием «позитивных» симптомов) и тип II (с преобладанием «негативных» симптомов). Они утверждают, что это два отдельных заболевания, но так это или нет, нужно еще доказать.

Шизоаффективпый психоз

Как мы увидим в главе 4, кроме шизофрении, имеется другое, отличное от нее, психическое заболевание, называемое *маниакально-депрессивным психозом,* относительно симптомов которого достигнуто согласие. В учебниках по психиатрии обычно утверждается, что пациенты с психозом попадают или в категорию больных шизофренией, или в категорию больных маниакально-депрессивным психозом, и эти два заболевания могут быть четко отделены друг от друга. К сожалению, это не всегда так, и у многих пациентов проявляются симптомы как того, так и другого заболевания. Также нередко можно встретить больных, у которых симптомы меняются со временем, вначале проявляясь как типичные для шизофрении, а через год-два — как симптомы маниакально-депрессивного психоза, или наоборот. Отсюда неизбежно следует, что или нам придется настоять на том, чтобы пациенты читали соответствующие справочники и выбирали для себя то заболевание, которое им больше нравится, или нам в своем психиатрическом мышлении необходимо стать более гибкими. Лично мне приходилось наблюдать пациентов практически с любым сочетанием симптомов шизофрении и маниакально-депрессивного психоза.

Решением этой проблемы в рамках психиатрии стало выделение промежуточного типа заболевания, названного *шизоаффективным психозом.* До появления DSM-III он официально считался одним из типов шизофрении. В DSM-III шизоаффективный психоз уже рассматривается как самостоятельное заболевание и отмечается, что «в настоящее время нет единого мнения по диагностике данной категории больных»[1]. В DSM-IV шизоаффективный психоз определяется по наличию симптомов глубокой депрессии или мании в сочетании с симптомами шизофрении, но при этом должен существовать период не менее двух недель, когда симптомы шизофрении проявлялись бы без признаков депрессии или мании.

Если вам кажется, что все эти тонкости сродни спорам средневековых схоластов о том, сколько ангелов может уместиться на кончике иглы, то вы во многом правы. Однако самих больных и членов их семей этот терминологический вопрос часто ставит в тупик, поскольку они полагают, что шизофрения и шизоаффективный психоз — это разные диагнозы. На самом деле они лишь отражают два разных участка всего диагностического спектра. Современные обследования пациентов с шизоаффективным психозом показывают, что большую часть из них необходимо рассматривать как больных шизофренией в широком смысле, а меньшую — как больных маниакально-депрессивным расстройством. На практике диагноз шизоаффективного психоза подразумевает статистически несколько лучший прогноз течения и исхода заболевания, чем классическая шизофрения, хотя для конкретного пациента это может оказаться и не так. Вместе с тем лечение шизоаффективного психоза и шизофрении практически одинаково: и при том, и при другом заболевании используются одни и те же лекарственные препараты[2].

1. Как в ныне действующей в нашей стране классификации, так и в будущей МКБ-10 шизоаффективный психоз продолжает оставаться в рамках шизофрении *(прим. ред.).*
2. С этим утверждением нельзя согласиться. В отечественной психиатрии разработаны методы терапии и профилактики шизоаффективного психоза, отличные от методов лечения шизофрении *(прим. ред.).*

Границы шизофрении. Шизотипические, параноидные и шизоидные расстройства личности

При решении проблемы диагностики шизофрении всегда необходимо ответить на два главных вопроса. Первый заключается в отличии шизофрении от шизоаффективного и маниакально-депрессивного психозов. Второй вопрос — оценка спектра возможных шизофренических расстройств и отношение *шизотипических, параноидных* и *шизоидных расстройств личности* к собственно шизофрении. Короче, вопрос заключается в определении границ шизофрении.

На границах шизофрении, выражаясь образно, лежат слабо изученные области, в которых есть покрытые мраком районы. Исследователи этих неизведанных областей человеческой психики должны быть готовы к встрече с довольно противоречивыми явлениями. Расстройства личности характеризуются набором определенных черт характера и поведения. Люди, имеющие подобные черты, негибки и плохо адаптируются, что вызывает как нарушение взаимодействия личности с обществом и выполняемыми видами деятельности, так и субъективные трудности. Подобные расстройства личности не считаются психическим заболеванием типа шизофрении или маниакально-депрессивного психоза, они, скорее, рассматриваются в качестве плохо приспособленного к действительности образа жизни. Давайте рассмотрим их одно за другим, а затем прокомментируем все в целом.

Шизотипическое расстройство личности

Людей с подобным расстройством раньше называли людьми с пограничной шизофренией, амбулаторной, псевдоневротической, латентной (скрытой) шизофренией, предпсихотической шизофренией или людьми с шизофреническим характером. У них встречаются странности и эксцентричность в восприятии, мышлении, речи и поведении. Согласно DSM-IV, чтобы человека можно было отнести к данному

типу, должны одновременно выполняться, по крайней мере, пять условий из следующего перечня:

а) наличие «идей отношения», означающее, что данный человек часто считает, будто посторонние разговаривают о нем (ней);
б) наличие странных убеждений или веры в магию, влияющих на поведение человека и несовместимых с господствующими в его окружении нормами (то есть суеверия, вера в потусторонние силы, телепатию или «шестое чувство»; у детей и подростков — странные фантазии или занятия);
в) наличие необычных ощущений, включая телесные или другие иллюзии;
г) наличие странностей в мышлении и речи (затуманенность, метафоричность, чрезмерная усложненность или упрощенность);
д) подозрительность или присутствие параноидных идей;
е) неадекватное выражение эмоций или их сдержанность;
ж) странный, эксцентричный или какой-то особенный внешний вид или поведение;
з) отсутствие близких друзей и приятелей, за исключением близких родственников, социальная отгороженность;
и) состояние повышенной тревоги, не ограничивающееся лишь семейными проблемами и могущее ассоциироваться скорее с параноидным страхом, чем с негативной самооценкой.

Параноидное расстройство личности

При параноидном расстройстве люди отличаются чрезмерной чувствительностью к неудачам и отказам, неверием ни во что и подозрительностью насчет мотиваций других людей[1]. Они всегда начеку, легко возбуждаются и быстро становятся агрессивными. Они убеждены, что другие постоянно стараются обидеть их или нанести им вред, и предпри-

1. В отечественной психиатрии такие личностные особенности часто называют паранойяльными (*прим. ред.).*

нимают усилия, чтобы это доказать. Они ставят под сомнение добропорядочность окружающих и постоянно видят заговоры там, где их не видит никто. Такие люди неуступчивы, склочны, постоянно с кем-то судятся. Многие из них интересуются всяческими техническими устройствами для слежки. У них отмечаются недостаток добрых чувств к другим, склонность обижать слабых, отсутствие чувства юмора.

Шизоидное расстройство личности

Люди с шизоидными расстройствами одиноки, эмоционально холодны, у них, похоже, не бывает близких друзей. Они избегают общества и ищут такую работу, где им не надо было бы общаться с другими людьми (например, лесничего, программиста). Мужчины шизоидного типа редко женятся, так как не имеют интереса к сексуальным контактам. Такие люди кажутся неспособными проявлять какие-либо чувства по отношению к другим, будь то приязнь или неприязнь, и остаются равнодушными к лести или критике. Они как бы оторваны от окружающей их действительности, живут в каком-то постоянном тумане, озабочены своими фантазиями и анализом собственных переживаний.

Споры о том, насколько правомерна подобная классификация расстройств личности и какое отношение они имеют к шизофрении, могут продолжаться до бесконечности. Хорошо известно, что признаки этих трех типов могут пересекаться и что у некоторых людей может встречаться сочетание личностных черт, относящихся к разным типам. При обследованиях семей больных шизофренией было выявлено большое число родственников с шизотипическими или параноидными расстройствами, что подтверждает теорию об их генетической связи с шизофренией. Теоретически подобные расстройства могут рассматриваться как слабо выраженная форма этого заболевания. В этом случае можно говорить о *группах шизофрении* (термин, предложенный Э. Блейлером), куда, с одной стороны, относятся индивиды, имеющие слабо выраженную («скрытую») форму психического расстройства, а с другой — лица с явно выраженной хроничес-

кой шизофренией. Подтверждением подобной точки зрения служит тот факт, что после приема небольших доз антипсихотических лекарственных средств самочувствие большинства людей с шизотипическими расстройствами личности существенно улучшается.

В то же время необходимо отметить, что данная концепция «скрытой» шизофрении при отсутствии точных биологических показателей (индикаторов), способных свидетельствовать о ее наличии, представляет собой определенную опасность в смысле излишне широкой трактовки понятия психического заболевания. До тех пор, пока мы не получим четкие биологические и лабораторные индикаторы такой «скрытой» шизофрении, предпочтительнее относить ее к расстройствам личности.

Ниже приведен пример шизотипического расстройства личности с некоторыми признаками шизоидного:

> Сэмюэль всегда был тихим мальчиком, избегавшим постороннего общества. Когда он вырос, он стал работать в книжном магазине, и все знали, что он прекрасно справляется со своими обязанностями, когда работает в одиночестве. Коллеги по работе считали его странным и эксцентричным человеком, который неадекватно воспринимает их замечания, интерпретируя их с несколько параноидным уклоном. По их мнению, его реакции и ответы часто бывали направлены ошибочно не в тот адрес. Однажды Сэмюэль намекнул, что телепатическим путем ему известны их еще не высказанные мысли.

Итак, где же лежат границы шизофрении? На основании большого количества научных исследований можно полагать, что многие случаи шизотипических расстройств личности и некоторые случаи параноидных расстройств фактически являются слабо выраженными случаями шизофрении. Отношение шизоидного расстройства к шизофрении менее ясно, поскольку у большого числа людей с подобным типом расстройства не отмечается никаких, характерных для шизофрении, признаков. Вполне возможно, что через несколько лет в нашем распоряжении появятся какие-то биологические индикаторы, которые мы сможем использовать для более точной диагностики шизофрении. До тех пор нам следует быть очень осторожными при определении границ шизофрении.

Начало заболевания и первые симптомы

Один из самых частых вопросов, который задают члены семей больных, — как определить первые симптомы шизофрении. Это вопрос иного порядка, чем вопрос о рецидивах заболевания, который мы обсудим в главе 10. Его часто задают родители «трудных» детей, опасающиеся, не шизофренией ли вызваны их проблемы. Этот вопрос беспокоит и родителей в семьях, где старшему ребенку уже поставлен диагноз шизофрении и которые хотят знать, не может ли то же самое произойти и с их младшими детьми.

Говоря о ранних симптомах шизофрении, следует иметь в виду, что возникновение этого заболевания связано с относительно узкими возрастными границами. В Соединенных Штатах три четверти больных заболели шизофренией в возрасте от 17 до 30 лет. Возникновение заболевания у людей моложе 14 и старше 30 лет встречается очень редко, вопрос о детской шизофрении мы обсудим ниже в специальном разделе.

Почему шизофрения возникает именно в этом возрасте, неизвестно. Однако следует отметить, что и другие хронические психические заболевания, например рассеянный склероз и болезнь Альцгеймера, имеют свои четкие возрастные границы, и причины этого также неизвестны. Есть определенные свидетельства, что в Соединенных Штатах, по сравнению с Европой, начало шизофрении связано с более юным возрастом, что параноидная шизофрения начинается в более позднем возрасте, чем другие типы этого заболевания, и что средний возраст больных шизофренией в США в настоящее время меньше, чем он был двадцать лет назад.

У некоторых пациентов практически невозможно определить собственно начало этого заболевания. Члены их семей часто говорят нечто вроде: «Она всегда отличалась от других детей» или «В детстве учителя отмечали его эксцентричность и просили направить его на обследование». В таких случаях можно предположить, что процесс заболевания шизофренией начался довольно рано, хотя заметные расстройства мышления, бред и галлюцинации проявились не ранее 18-23 лет. Число людей с незаметным началом

болезни составляет не более трети от всех больных шизофренией, образуют ли они, относительно причин заболевания, отдельную, специфическую группу или нет, нам неизвестно.

Таким образом, встает вопрос о том, когда семьям, имеющим детей с какими-нибудь странностями в поведении, следует начинать беспокоиться. Известно, что подавляющее большинство лиц, больных шизофренией, в детстве были совершенно нормальными детьми, без каких бы то ни было признаков этой болезни. Также известно и то, что у огромного большинства детей, отличающихся необычным поведением, шизофрения так и не развивается, многие из них, наоборот, вырастают в лидеров. Задача отличия эксцентричности, необычности поведения ребенка в раннем возрасте от ранних признаков шизофрении особенно сложна в подростковом возрасте, а именно в возрасте 11-13 лет, когда нормы их поведения кажутся взрослому человеку странными сами по себе. Типичным симптомом шизофрении является обострение восприимчивости, но у скольких подростков его не наблюдается? Подавленность, апатия, «уход в себя», потеря интереса к собственному внешнему виду, растерянность, убеждение, что за ним наблюдают, занятость проблемами своего организма, замедленность в мышлении — все это может служить симптомами начала шизофрении, но может свидетельствовать и о наступлении периода раннего взросления и связанных с этим проблемах. Именно поэтому семьям не следует поднимать тревогу по поводу каждого «взбрыкивания» своего чада, лучше считать, что все идет нормально, пока не будет доказано противоположное. Сохранять спокойствие особенно трудно в тех случаях, когда одному ребенку уже поставили диагноз шизофрении и в семье с тревогой ожидают проявления подобных вещей и у младших детей, но в таких семьях это тем более важно. Пятнадцатилетнему подростку есть о чем волноваться и без замечаний типа: «Не спи наяву! Так делал и твой братец, и это довело его до психушки!»

Когда родители действительно *должны* начинать беспокоиться? Когда нормальные, свойственные подростковому возрасту психологические колебания переходят невидимую границу и становятся ранними симптомами шизофрении?

Как было показано в главе 2, типичными ранними признаками заболевания можно считать изменения в восприятии действительности и ощущении собственного тела. Часто пациент их осознает, но не делится своими впечатлениями с посторонними. Возможно, что к наиболее типичным ранним жалобам можно отнести некоторые соматические симптомы, особенно общую слабость, боли и странные телесные ощущения. Канадские ученые опрашивали вновь поступивших пациентов, как часто эти симптомы проявлялись на ранних стадиях их заболевания, и выявили тот факт, что 86 процентов из них ощущали слабость, 38 процентов — соматические боли, 23 процента — головную боль, 22 процента замечали у себя плохую координацию движений, а 47 процентов — «какие-то странные симптомы».

На ранних стадиях шизофрении типичны изменения в характере сна. Человек может начать спать меньше (или больше), засыпать в непривычное время (например, всю ночь не спать, а днем засыпать). Очень важно обратить внимание именно на наступление подобной перемены, иногда довольно внезапное. Я обнаружил, что этот признак может считаться одним из наиболее значимых индикаторов рецидива шизофрении, так что перед сокращением дозировок препаратов я теперь внимательно опрашиваю пациентов на данный предмет.

Иногда на ранних стадиях заболевания встречаются мыслительные расстройства, включая бред. У пациентов может быть навязчивая «идея отношения», ощущение, что все говорят только о них. В их мыслях могут наблюдаться странные повороты, иногда за обеденным столом их могут осенять такие идеи, которые ставят в тупик всех присутствующих. Некоторые пациенты на начальном этапе своей болезни приобретают склонность говорить туманно, выражая подчас мысли, которые звучат почти, но не совсем, логично.

К одним из наиболее типичных ранних проявлений шизофрении следует отнести изменения в поведении. Могут измениться личные привычки пациента: например, он может перестать принимать душ, прибирать свою комнату, хотя раньше отличался ужасной чистоплотностью. Еще одним признаком измененного поведения может служить «уход в себя»: прежде социально активные молодые люди вдруг перестают проявлять интерес к окружающему и про-

водят большую часть времени в одиночестве в своей комнате. Основной акцент при оценке подобных симптомов должен делаться на *изменении* в поведении данного молодого человека. Родители при этом могут отмечать, что «в последние полгода Джон стал совершенно другим человеком» или «что-то никто из подружек Дженнифер больше не заходит, и непохоже, что ей хочется кого-то видеть». Конечно, все эти перемены могут вызываться и другими причинами, не только шизофренией, одной из них может оказаться пристрастие к наркотикам, столь частое в этом возрасте.

Различия в начале шизофрении у мужчин и женщин

Хотя в учебниках говорится, что шизофрения проявляется одинаково как у мужчин, так и у женщин, но все-таки при этом заболевании у разных полов имеются существенные различия. Наиболее заметно то, что мужчины заболевают шизофренией в более раннем возрасте — в США, например, на два-три года раньше, чем женщины. Среди группы больных шизофренией пациентов 17-18 лет на одну девушку приходится четыре-пять юношей.

У мужчин шизофрения принимает также более серьезные формы. Мужчины не так хорошо реагируют на антипсихотические препараты, им требуются повышенные дозы этих лекарств, среди них наблюдается более высокий процент рецидивов и более длительный срок адаптации, оцениваемый такими показателями, как участие в общественной жизни, обзаведение семьей, трудовой стаж, уровень самоубийств и так далее. Конечно, встречаются и больные шизофренией женщины с тяжелым течением заболевания, и мужчины, легко с ним справляющиеся, но статистические данные неумолимо свидетельствуют, что среди лиц мужского пола шизофрения начинается в более раннем возрасте и протекает тяжелее.

Причины подобных связанных с полом различий до сих пор неизвестны, и это поднимает еще один вопрос, нуждающийся в изучении. Нужно отметить, что детские аутизм и шизофрения также больше свойственны мальчикам, чем де-

вочкам, и что мужские зародыши больше подвержены внешним влияниям, например инфекциям. Тот факт, что мужчины заболевают шизофренией в более раннем возрасте и она протекает у них в более тяжелой форме, может, однако, быть объяснен и тем, что во многих отношениях именно мужчины являются слабым полом. Еще одной причиной того, почему шизофрения переносится мужчинами более тяжело, является то обстоятельство, что женские половые гормоны (эстрогены) могут оказывать антипсихотическое действие и выполнять своего рода защитные функции. Также возможно, хотя и маловероятно, что при шизофрении, подобно диабету, бывают две основные группы больных: с ранним началом заболевания и более тяжелыми его формами и с относительно поздним началом и менее тяжелым течением, что более свойственно женщинам. Еще одним аспектом половых различий при заболевании шизофренией является влияние на нее у некоторых женщин менструального цикла. Хотя этот вопрос еще недостаточно изучен, врачи и члены семей пациенток уже давно заметили, что в дни, непосредственно предшествующие менструации, состояние больных значительно ухудшается. Почти наверняка это вызвано увеличением и уменьшением содержания в организме определенных гормонов, что служит еще одним доводом в пользу тех теорий, которые видят основную причину различий в заболеваемости шизофренией между мужчинами и женщинами именно в гормональных различиях.

Детская шизофрения

Принято считать, что детская шизофрения — это просто разновидность взрослой, только встречается намного реже. На каждую заболевшую девочку приходится примерно два мальчика. Лишь у двух процентов больных шизофренией начало их заболевания восходит к детскому возрасту, хотя этот процент может меняться в зависимости от того, где проводить границу между детским и взрослым возрастом. Шизофрения, возникающая до пятилетнего возраста, должна быть признана чрезвычайно редкой (сМотри раздел о детском аутизме в главе 5), а между пятью » десятью года-

ми количество случаев заболевания медленно возрастает. Начиная с десяти и до пятнадцати лет ею заболевают все больше детей, а затем начинается ее пикообразный рост уже как заболевания взрослых.

Симптомы шизофрении у детей очень похожи на симптомы у взрослых со скидкой на детский возраст. Например, одно исследование шизофрении у детей показало, что в качестве источника слуховых галлюцинаций здесь часто называются «голоса» мелких животных или игрушек и что «типичная тема — чудовища... С возрастом как бред, так и галлюцинации становятся все более сложными и детализированными». Еще одним отличительным признаком шизофрении у детей является то, что часто больной ребенок имеет один или более из следующих симптомов: припадки, неспособность к учебе, некоторая задержка умственного развития, неврологические симптомы, гиперактивность или другие поведенческие аномалии. В попытке решить проблему классификации детской шизофрении Американская психиатрическая ассоциация вычеркнула «детскую шизофрению» из официального списка и предложила вместо нее использовать понятие *шизофрения с началом в детском возрасте* или *глубокое умственное расстройство, восходящее к детскому возрасту,* то есть всеобъемлющий термин для всех трудноопределимых детских психических расстройств.

Полагают, что на заболевание детской шизофренией (как и взрослой) влияют причины генетического характера, хотя их значение по сравнению с другими возможными причинами не совсем ясно. Известно, что больные дети отличаются некоторыми аномалиями психики, а из медицинских карт беременных женщин следует, что у матерей психически больных детей во время беременности и родов была больше осложнений. Тот факт, что детская шизофрения является заболеванием головного мозга, доказывается также данными электроэнцефалографии и изображениями увеличенных желудочков мозга, полученными методом магнитно-резонансного исследования.

Шизофрения у детей лечится с помощью тех же антипсихотических лекарственных препаратов, что и у взрослых. Наблюдения, которые велись за десятью пациентами с детской шизофренией в течение двадцати лет (с 14 до

34 лет) показали, что у них в течение этого периода сохранялись симптомы заболевания, диагностируемого как шизофрения, но уже со значительно меньшим проявлением бреда и галлюцинаций. Они стали более спокойными и замкнутыми, с признаками бедности мысли и недостатка энергии. Небольшая часть больных шизофренией детей успешно выздоравливают, но указать процентное соотношение таких случаев и общего числа больных представляется затруднительным. Обычно считается, что чем раньше отмечено начало шизофрении, тем хуже прогноз, но из этого правила имеется довольно много исключений.

Шизофрения, начинающаяся в позднем возрасте

Точно так же, как бывает раннее начало шизофрении, бывает и ее развитие в зрелом возрасте. Поздняя шизофрения часто определяется как шизофрения, возникшая в возрасте 40-45 лет. Точная причина заболевания неизвестна, но встречается эта форма шизофрении отнюдь не редко. Изучалась она преимущественно в европейских странах, а американские исследователи уделяли ей меньше внимания. По различным данным, в Европе шизофрения начинается в более старшем возрасте, чем в США (причины этого неизвестны), так что, возможно, именно поэтому данный аспект в большей степени интересует европейских специалистов, нежели американских.

С клинической точки зрения, шизофрения, начинающаяся в позднем возрасте, сходна с возникающей в раннем возрасте за следующими исключениями: ею поражаются преимущественно женщины, до заболевания у данного человека отмечается большое число шизоидных и параноидных черт личности, наличие более выраженного и частого параноидного бреда и зрительных, тактильных и обонятельных галлюцинаций. Нейропсихологические тесты и данные магнитно-резонансного исследования свидетельствуют о тех же поражениях головного мозга, что и при ранней шизофрении. Шизофрения, возникающая в позднем возрасте,

отличается также более хроническим течением заболевания и худшим прогнозом, вопреки общему правилу, что чем позднее шизофрения возникает, тем успешнее она лечится.

Что такое идеально поставленный диагноз?

В своей развернутой форме большинство случаев шизофрении не представляют трудностей для диагностики. К наиболее типичным симптомам здесь относятся слуховые галлюцинации и/или бредовые идеи — более чем у трех четвертей всех пациентов встречается или то, или другое. Различные виды мыслительных расстройств становятся очевидными в ходе простой беседы (например, остановка мысли) или при тестировании, когда пациенту предлагают описать общий смысл той или иной поговорки (например, неспособность к абстрактному мышлению). Также могут проявляться неадекватные эмоции или их притупление, поведение пациента может колебаться от кататонических форм до странных и экстравагантных.

Какие же диагностические тесты и процедуры проводятся с больным, у которого симптомы шизофрении проявились впервые? В большинстве муниципальных психиатрических клиник и во многих частных клиниках ставят стандартный диагноз, в связи с чем к больным шизофренией причисляют и некоторых пациентов с заболеваниями, описанными в главе 4. Учитывая этот факт, что же следует предпринять с диагностической точки зрения, чтобы увеличить вероятность обнаружения всех тех потенциальных психических заболеваний, которые способны скрываться под маской шизофрении? Хотя я вполне осознаю, что многие из моих коллег — психиатров — могут со мной не соглашаться, ниже я описываю те моменты, которые кажутся мне необходимыми для постановки диагноза. Во всяком случае, лично мне хотелось бы, чтобы они были учтены, если бы я или кто-либо из членов моей семьи впервые попал в психиатрическую клинику с подозрением на шизофрению.

Биографические данные и проверка уровня умственного развития

Проверка этих данных осуществляется для каждого нового пациента как обычная процедура, но не везде в полном объеме. Следует задавать отдельные вопросы по поводу зрительных галлюцинаций, головных болей и недавних травм или ранений головы. Общий осмотр органов (не только проверка центральной нервной системы) может помочь вскрыть ряд маскирующихся под шизофрению заболеваний (так, например, боли в брюшной полости могут свидетельствовать об острой порфирии, а недержание мочи — о гидроцефалии). Самым же важным вопросом, который может задать психиатр, является: «Какие лекарства вы принимаете?» Этот вопрос имеет двойную цель: во-первых, выяснить, не употребляют ли пациенты наркотики, которые могут вызывать или усиливать психиатрические симптомы, и, во-вторых, применяют ли они отдельные виды лекарственных препаратов, которые могут в качестве побочного эффекта давать некоторые психиатрические симптомы (смотри главу 4). Поскольку больные с острыми психическими расстройствами часто не могут четко ответить на вопросы врача, большую помощь в выяснении нужной информации могут оказать родственники и друзья пациентов.

Терапевтические и невропатологические обследования

Эти обследования также часто проводят поверхностно, в результате чего остаются незамеченными многие заболевания внутренних органов и нервной системы. Тщательное невропатологическое обследование пациентов с подозрением на шизофрению может привести к выявлению у многих из них скрытых заболеваний нервной системы (смотри главу 6). В ходе обследования у невропатолога может оказаться полезным провести серию тестов «с помощью карандаша и листа бумаги» типа «напишите предложение» или «нарисуйте часы», как описывает Роберт Тейлор в своей книге «Разум или тело». Подобные тесты могут помочь при выявлении пациентов с иными заболеваниями головного мозга,

например с опухолями мозга или болезнью Генгингтона, которые могут давать симптомы, сходные с шизофреническими.

Основные лабораторные анализы: клинический анализ крови и анализ мочи

Эти анализы также являются обычной процедурой, но иногда их результатам не придают должного значения. Клинический анализ крови может помочь выявить такие заболевания, как злокачественное малокровие, СПИД или интоксикацию свинцом. В ходе общего анализа крови могут вскрыться нарушения метаболизма или эндокринной системы. Если в клинический анализ крови не включен тест на функцию щитовидной железы, его следует провести отдельно, так же как и анализ на сифилис. В анализ мочи должны включаться тесты на содержание в моче наркотических веществ. Полезный и недорогой диагностический алгоритм по проверке состояния здоровья психиатрических пациентов был предложен д-ром Гарольдом Соксом и его коллегами.

Психологические тесты

Применение тех или иных психологических тестов в различных клиниках значительно варьирует и зависит от конкретного психолога. Подобные тесты могут оказать существенную помощь при постановке диагноза шизофрении в ранней стадии или при пограничных случаях, они могут позволить врачу отказаться от диагноза шизофрении и направить его внимание к иным заболеваниям мозга. Однако следует заметить, что пациенты с хронической шизофренией часто неспособны в достаточной мере сконцентрировать внимание и выполнять психологические тесты.

Обследование методом ядерно-магнитного резонанса

Этот метод в настоящее время получил широкое распространение и с развитием новых технологий становится все дешевле. Если отсутствует оборудование для проведения

ЯМР, можно использовать компьютерные томографы, но следует учесть, что их чувствительность часто бывает недостаточна для выявления поражения головного мозга. Обследование методом ЯМР должно применяться к каждому новому пациенту с психотическими симптомами. К заболеваниям, сходным с шизофренией и могущим быть распознанными с помощью ЯМР, относятся: опухоли мозга, болезнь Гентингтона, болезнь Вильсона, метахроматическая лейкодистрофия, саркоидоз, кровоизлияния в мозг, вирусный энцефалит, закупорка водопровода мозга и некоторые другие. Для пациентов, у которых шизофренические симптомы наблюдаются уже в течение нескольких лет, метод ЯМР не имеет особого диагностического значения, так как заболевания, которые могли бы быть выявлены с его помощью, за это время проявились бы и иным образом.

Люмбальная пункция

Несмотря на господствующее в обществе мнение о болезненности этой процедуры, люмбальная (спинномозговая) пункция ненамного болезненнее взятия крови на анализ. Спинномозговую жидкость (ликвор) берут из мешочка в поясничном отделе позвоночника. Так как этот мешочек связан с соответствующими каналами мозга, то анализ спинномозговой жидкости часто может дать ключ (от присутствия определенных антител вплоть до наличия вирусов) к происходящим в мозге процессам. Проведение люмбальной пункции является нормальной процедурой при таком заболевании, как рассеянный склероз, и, очень может быть, в будущем станет таким же обычным делом при диагностике шизофрении. С помощью анализа спинномозговой жидкости можно выявить многие заболевания, особенно вирусные заболевания центральной нервной системы. Показания по применению люмбальной пункции для поступивших впервые пациентов с подозрением на шизофрению приведены ниже:

а) жалобы пациента на головные боли (они встречаются у 20 процентов), ригидность мышц шеи с тошнотой или лихорадкой;
б) внезапное возникновение психотических симптомов;

в) изменение способности пациента к ориентировке (в один день пациент знает, где он находится, а в другой — нет);
г) зрительные или обонятельные галлюцинации;
д) неврологические признаки заболеваний центральной нервной системы, отличных от шизофрении (напри мер, судорожное подергивание глазного яблока);
е) недавнее или продолжающееся заболевание гриппом или лихорадкой.

Люмбальная пункция у пациентов с шизофренией практически не дает побочных эффектов, эти пациенты особенно устойчивы к часто встречающимся после подобной процедуры головным болям (примерно у трети пациентов без шизофрении). Диагностическая ценность люмбальной пункции и компьютерной томографии недавно была продемонстрирована в обследовании, проведенном немецкими специалистами: у 130 обследованных пациентов с симптомами шизофрении было выявлено 12 случаев неврологических заболеваний, включая 3 случая энцефалита, вызванного СПИДом, два случая энцефалита, вызванного другими вирусами, два случая сифилиса мозга, один случай болезни Лайма и один случай рассеянного склероза.

Электроэнцефалография

Показания для электроэнцефалографии (ЭЭГ) практически те же, что и для люмбальной пункции, и часто их назначают одновременно. Лично мне кажется, что и люмбальная пункция, и ЭЭГ должны стать обычными процедурами при первичной диагностике у каждого молодого пациента с психотическими симптомами. Назначать ЭЭГ следует всегда, когда пациент перенес менингит или энцефалит, когда наблюдались осложнения при родах или были тяжелые ранения или травмы головы. ЭЭГ должна быть обязательно проведена у каждого пациента с внезапными приступами психоза. С помощью ЭЭГ можно выявить височно-лобную эпилепсию, симптомы которой иногда сходны с шизофреническими.

Для увеличения полезности ЭЭГ ее следует регистрировать с использованием назофарингеальных свинцовых элек-

тродов (электроды размещаются во рту и на черепе) и после ночного сна. ЭЭГ — процедура совершенно безобидная, накладываемые на голову электроды используются исключительно для регистрации электрических импульсов головного мозга. Никаких вредных побочных эффектов при проведении ЭЭГ никогда не отмечалось.

Прочее

При каких-либо конкретных показаниях могут быть назначены и другие методы обследования, введение которых в рутинную процедуру не представляется обязательным. Может быть проведено сканирование головного мозга с помощью новейших методик (измерение регионального мозгового кровотока с помощью вдыхания ксенона, позитронная эмиссионная томография и другие методы), но их применение носит все еще экспериментальный характер. Тест подавления дексаметазона некоторое время считался пригодным для дифференциации некоторых типов шизофрении, но доказательств этого так и не было получено[1]. Не вызывает сомнения, что с внедрением новейших технологий идеальная постановка диагноза при шизофрении будет требовать все более сложного и комплексного обследования.

1. Тест подавления дексаметазона (дексаметазоновой супрессии) эффективно используется для диагностики эндогенной депрессии *(прим. ред.).*

Глава 4

Что не является шизофренией

Что меня утешает, так это то, что я начал считать сумасшествие такой же болезнью, как и любую другую, и я принимаю его именно так.

Винсент Ван Тог, из письма к брату Тео, 1889

Один из способов понять заболевание — это описать то, что оно собой представляет. Именно этим мы и занимались в предыдущих двух главах. Другая возможность — описать то, чем оно не является. Это особенно важно в случае шизофрении, так как этот термин часто применяется в очень широком и неточном смысле, причем как среди широких кругов населения, так и в среде самих медиков. Если мы хотим лучше понять эту болезнь, то сначала нужно договориться, о чем именно мы будем говорить.

«Раздвоение личности»

Шизофрения не является расщеплением, или «раздвоением личности», как ошибочно полагают многие. Так называемое раздвоение личности официально классифицируется как *диссоциативное расстройство.* Оно встречается гораздо реже шизофрении, свойственно почти исключительно женщинам и, как полагают, в большинстве случаев является реакцией на сексуальные домогательства или физические унижения, имевшие место в детстве.

В последние годы диссоциативное расстройство стало у психиатров довольно модным диагнозом и начало применяться к лицам с широким кругом симптомов. Я знаю даже нескольких пациентов с явно выраженными признаками ши-

зофрении, которым изменили диагноз на диссоциативное расстройство. Все это вносит большую путаницу в представления самих пациентов и членов их семей: сначала мы говорим им, что шизофрения — это не «раздвоение личности», а через некоторое время вдруг заявляем, что у некоторых больных, считавшихся шизофрениками, на самом деле оказалось «раздвоение личности».

Задержка умственного развития

Задержка умственного развития является нарушением когнитивной (познавательной) функции мозга. *Задержка умственного развития (умственная отсталость)* характеризуется уровнем интеллекта, значительно сниженным по сравнению со средним показателем, получаемым по шкале умственного развития — IQ[1]. В зависимости от величины полученного коэффициента задержка умственного развития бывает слабой (IQ составляет от 50 до 70 баллов), средней (от 35 до 49), сильной (от 20 до 34) и глубокой (IQ составляет менее 20 баллов). Она может вызываться хромосомными нарушениями, например при болезни Дауна, нарушениями обмена веществ, например при фенилкетонурии, или какими-либо повреждениями мозга, полученными как до, так и после родов. У большинства больных шизофренией наблюдается небольшое снижение коэффициента умственного развития, что проявляется в трудностях при выполнении соответствующих тестов. Следует иметь в виду, что при этом не обязательно снижены интеллектуальные способности — у больного может быть ухудшена лишь способность продемонстрировать свой IQ.

В некоторых, достаточно редких случаях у пациентов могут иметься и шизофрения, и умственная отсталость. Эти заболевания могут возникать как обособленно друг от друга, и тогда наблюдается их случайное совмещение, так и являться следствием одного и того же повреждения головного мозга. Когда это происходит, оказывается практически

1. IQ — Intelligence Quotient (англ.) — широко применяемый на Западе интеллектуальный коэффициент, или коэффициент умственного развития (*прим. перев.)*.

невозможным обеспечить пациенту соответствующее лечение и уход, так как лечебные учреждения приспособлены либо для больных шизофренией, либо для лиц с задержкой умственного развития. В большинстве штатов таких людей постоянно «отфутболивают» из одной клиники в другую, поскольку ни одна из них не хочет брать на себя полную ответственность, что заставляет больного чувствовать себя каким-то отверженным. Семьи таких больных часто проявляют чудеса героизма, обеспечивая им домашний уход при полном отсутствии помощи со стороны психиатрических служб.

Маниакально-депрессивный психоз

В 1896 году Эмиль Крепелин предложил делить психозы на dementia praecox (раннее слабоумие, ныне называемое шизофренией) и *маниакально-депрессивный психоз.* Это деление получило в психиатрии широкое распространение. В 1980 году Американская психиатрическая ассоциация в DSM-III изменила название маниакально-депрессивного психоза на *биполярное расстройство,* но похоже, что у этого нового термина нет никаких особых преимуществ перед старым.

Маниакально-депрессивный психоз встречается примерно в два раза реже, чем шизофрения, причем он несколько чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин, и, по не объясненным до сих пор причинам, непропорционально широко распространен среди зажиточных слоев общества. Обычно он начинается еще до достижения тридцатилетнего возраста, но, в отличие от шизофрении, более позднее его возникновение не считается чем-то необычным. Исследования причин этого заболевания выявляют примерно те же закономерности, что и для шизофрении. В возникновении маниакально-депрессивного психоза, вероятно, играют роль генетические факторы, хотя ряд ученых и считают его не связанным с наследственностью. В 1987 году появилось сообщение, что за передачу маниакально-депрессивного психоза несет ответственность ген хромосомы с номером 11, но последующие эксперименты этих данных не подтвердили, другие ученые заявляли, что предполагаемый ген находится

в других хромосомах. Имеются также подозрения, что в головном мозге больных маниакально-депрессивным психозом происходят биохимические нарушения, причем основным «подозреваемым» является серотонин с его метаболитами, а не дофамин, как при шизофрении. Большинство биологических нарушений, свойственных шизофрении (например, наблюдаемое при обследовании методом ЯМР расширение желудочков мозга и неврологические нарушения), присутствуют и при маниакально-депрессивном психозе, хотя и не так заметны.

Основными клиническими характеристиками маниакально-депрессивного психоза являются эпизоды *мании, депрессии* и их комбинации. Эпизоды мании проявляются в приподнятом (иногда раздраженном) настроении, когда человек излишне улыбчив, разговорчив, общителен, экспансивен, энергичен, гиперсексуален, склонен к преувеличению, когда ему не требуется много сна. Речь человека при этом ускоряется, мысли выплескиваются наружу быстрее, чем их может воспринять слушатель (так называемые скачки идей). Склонность к преувеличению может доходить до состояния бреда (например, до убеждения, что данный индивид является президентом), одежда может быть излишне яркой, а поведение становится неадекватным и иногда даже представляющим опасность для окружающих (например, человек вдруг становится транжирой, делает глупые капиталовложения). Эпизоды депрессии выражаются в подавленном настроении с ощущением безнадежности, плохом аппетите, нарушениях сна (будь то бессонница или, наоборот, повышенная сонливость), в потере интереса к обычным видам деятельности, пониженной сексуальности, снижении энергии, замедленном мышлении, чувстве вины или своей бесполезности, а часто и в мыслях о самоубийстве. Чтобы поставить диагноз маниакально-депрессивного психоза согласно действующему в настоящее время DSM-IV, маниакальные эпизоды должны продолжаться не менее одной недели (или требовать госпитализации), а депрессивные — не менее двух недель.

В массовом сознании сложился стереотип поведения больного маниакально-депрессивным психозом, который бросается из одной крайности в другую, но на самом деле подобное поведение встречается очень редко. У некоторых

больных бывают серии эпизодов мании, у других — депрессии, а у третьих они могут сочетаться в самых разных комбинациях. Промежутки между отдельными эпизодами могут составлять месяцы, а то и годы, в течение которых человек ведет себя совершенно нормально. Конечно, среди населения земного шара можно встретить все градации перепадов настроения, причем в любом направлении. Для некоторых людей повышенная энергичность и улыбчивость являются характерными чертами их личности, другие постоянно упрекают себя в чем-то и пребывают в состоянии депрессии. Человека, который находится на грани мании, называют *гипоманиакальным.* Если человек подвержен многочисленным перепадам настроения, но они не достигают степени маниакально-депрессивного психоза, то в этом случае используется психиатрический диагноз: *циклотимическое расстройство,* или *циклотимия.* Примерно 10 процентов больных маниакально-депрессивным психозом покушаются на самоубийство, что близко к аналогичным показателям среди шизофреников.

Таким образом, в своей типичной форме маниакально-депрессивный психоз легко отличим от шизофрении. Начало заболевания не связано с узким возрастным интервалом, а имеет более широкие рамки; мужчины не заболевают им раньше и течение заболевания у них не принимает более тяжелых форм. Основные клинические симптомы касаются прежде всего расстройства *настроения,* а не *мыслительных процессов.* У пациентов с маниакально-депрессивным психозом могут наблюдаться бред и галлюцинации, но их появление совпадает или сопровождается подъемами или спадами настроения. Еще более важно то, что течение маниакально-депрессивного психоза происходит в разделенных по времени эпизодах с возвратом, как правило, в нормальное состояние, тогда как шизофрения редко развивается таким образом — при ней человек становится нетрудоспособным. Выздоровев, человек с маниакально-депрессивным психозом может занимать важные должности в правительстве, промышленности, в различных сферах бизнеса, а некоторые черты людей гипоманиакального склада (энергичность, повышенная самооценка, малая потребность во сне) способствуют достижению успеха в избранной ими области деятельности.

Лечение маниакально-депрессивного психоза заключается в госпитализации (при необходимости) до тех пор, пока эпизоды заболевания не станут контролируемыми. Эпизоды мании поддаются медикаментозному лечению с использованием антипсихотических препаратов, а эпизоды депрессии лечатся антидепрессантами и, в некоторых случаях, электросудорожной терапией. Хорошо зарекомендовали себя в лечении таких состояний соли лития, особенно когда их принимают в промежутке между отдельными эпизодами маниакально-депрессивного психоза для сокращения как количества таких эпизодов, так и их интенсивности.

Джон, начинающий психиатр из довольно богатой семьи, в течение недели постепенно стал проявлять признаки большей энергичности, стал разговорчивее, в его суждениях стали заметны преувеличения. За два дня он купил три новых автомобиля, вложил все остатки своих сбережений в очень рискованное предприятие и завел близкие отношения сразу с несколькими женщинами. Семья была вынуждена прибегнуть к принудительной госпитализации, и в клинике его с успехом лечили антипсихотическими препаратами и солями лития. После этого он принимал соли лития еще в течение десяти лет, пока у него сохранялись умеренные расстройства настроения, что не помешало ему стать успешно практикующим психиатром.

В последние годы стало крепнуть убеждение, что, возможно, Крепелин заблуждался, и шизофрения и маниакально-депрессивный психоз представляют собой два конца спектра одного и того же заболевания. Появление тех или иных симптомов может определяться повреждением соответствующих участков головного мозга или тем периодом его развития, в котором началось заболевание. Наследственный характер обоих этих расстройств предполагает, что в отдельных семьях должно наблюдаться предрасположение или к шизофрении, или к маниакально-депрессивному психозу. Обычно так и происходит, но в редких случаях бывает, например, что в семьях с отмеченным предрасположением к шизофрении кто-то заболевает маниакально-депрессивным психозом. Интерес представляют и зарегистрированные случаи, когда, например, в паре однояйцевых близнецов, которые к 20 годам стали заболевать психически, у одного развилась классическая шизофрения, а у другого — маниакально-депрессивный психоз, или, как это было у однояйцевых тройняшек, когда у двоих была диаг-

ностирована шизофрения, а у третьего — маниакально-депрессивный психоз. Таким образом, несмотря на все утверждения учебников и длительное, в течение почти столетия, применение дихотомии Крепелина, фактически не существует убедительных оснований для подразделения больных на пациентов с шизофренией и пациентов с маниакально-депрессивным психозом.

Пограничное расстройство личности

Пограничное расстройство личности — очень неудачный термин, так как его часто путают с более старым термином пограничной шизофрении, которая теперь классифицируется как шизотипическое расстройство личности. Люди с пограничным расстройством личности нестабильны в своем поведении, связях и настроении. Поступки их часто носят импульсивный и непредсказуемый характер, это особенно проявляется в том, как они распоряжаются деньгами, в их неразборчивости в половой жизни, в пристрастии к алкоголю и наркотикам, азартным играм, мелким магазинным кражам, дракам, несоблюдении правил уличного движения, в попытках покушения на самоубийство. Их отношения с людьми достигают большой интенсивности, но могут значительно меняться в короткие промежутки времени. Их настроение также может непредсказуемо меняться и часто характеризуется вспышками и взрывами эмоций.

Нет никаких свидетельств того, что пограничное расстройство личности как-то связано с шизофренией. Изучение историй болезни и семей лиц с пограничным расстройством личности показывает, что оно может быть связано с сильной депрессией или маниакально-депрессивным психозом.

Кратковременное психотическое расстройство

Иногда у вроде бы совершенно нормальных людей могут проявляться симптомы, сходные с шизофреническими. Характерной особенностью подобного расстройства является

то, что болезнь возникает внезапно, длится несколько дней и так же внезапно исчезает. Причины этого заболевания неизвестны, но, вероятно, оно связано с кратковременной вирусной инфекцией мозга (энцефалитом) или другими заболеваниями мозга, которые могут вызывать похожие на шизофрению симптомы. Подобные болезни могут быть обусловлены сильным стрессом и иногда наблюдаются у солдат, находившихся под сильным огнем противника, у заключенных в тюрьмах или концентрационных лагерях и у лиц, переживших экстремальные ситуации (например, оказавшихся в одиночестве на унесенной в море лодке).

Симптомы, наблюдающиеся у подобных пациентов, могут очень напоминать шизофрению — часто встречаются бред и галлюцинации, значительно реже наблюдаются расстройства мышления. Ниже приведено описание одного такого пациента.

> Фрэнк, 21 года, волонтер Корпуса Мира, пробыл в Африке только месяц. Его определили в небольшую деревушку вместе с двумя коллегами. Фрэнк плохо знал местный язык и чувствовал себя очень одиноким. Однажды вечером он начал жаловаться, что за ним повсюду следят африканцы. Через сутки его болезнь развилась в выраженный психоз с бредом преследования и галлюцинациями. На осмотре у врача Фрэнк залез под кровать со словами, что он слышит, как по дороге маршируют солдаты, чтобы схватить его и повесить.

На этой стадии заболевания, если рассматривать симптомы сами по себе, оно выглядит очень похоже на шизофрению. Фрэнка забрали из этой деревни и госпитализировали, прописали соответствующие лекарства, и через неделю он был совершенно здоров. Такие пациенты обычно выздоравливают независимо от того, давали им лекарства или нет, и, как правило, больше не заболевают.

Подобным пациентам нельзя ставить диагноз шизофрении, для них больше подходит диагноз кратковременного психотического расстройства. Если заболевание длится более одного месяца, но менее полугода, то тогда его следует называть шизофреническим расстройством. Чем быстрее развивается заболевание и чем меньше его продолжительность, тем больше вероятность того, что человек снова станет вполне нормальным и не будет испытывать рецидивов. У меньшей части таких больных может впоследствии разви-

ваться шизофрения. Согласно проведенному в 1994 году в Англии исследованию, лишь у 28 процентов пациентов с острым психотическим расстройством через три года была диагностирована шизофрения.

Психотические расстройства вследствие употребления наркотических веществ

Хорошо известен тот факт, что многие наркотики, употребляемые из-за их воздействия на психику, могут давать симптомы, сходные с шизофреническими. Даже после приема такого относительно слабого наркотика, как марихуана, человек может испытывать странные соматические ощущения, терять чувство границ своего тела и проявлять признаки параноидного бреда. Есть даже люди, которые бросили употреблять марихуану именно потому, что после каждой затяжки испытывали неприятное параноидное состояние. Более сильные наркотики, такие, как ЛСД и психостимуляторы, обычно вызывают галлюцинации (хотя чаще зрительные, чем слуховые), бред и расстройства мышления. Иногда эти симптомы бывают настолько сильными, что человека приходится госпитализировать, и если неизвестно, что он наркоман, ему может быть ошибочно поставлен диагноз шизофрении. Особенно близкие к шизофрении симптомы возникают при приеме амфетаминов (психостимуляторов).

Естественным образом возникает вопрос — а не может ли употребление наркотиков приводить к шизофрении? Этот вопрос часто задают родственники больных. В настоящее время совершенно ясно, что привычка к наркотикам и регулярное употребление влияющих на психику препаратов могут повредить головной мозг, нарушая интеллектуальные способности и память. Однако нет никаких доказательств того, что прием каких-либо психоактивных веществ может вызвать шизофрению у человека, еще не заболевшего ею.

Почему же в таком случае столь часто можно наблюдать, что шизофрения развивается после того, как человек начинает принимать действующие на психику препараты? Ответ здесь может быть двояким. Во-первых, и начало злоупотребления наркотиками, и возникновение заболевания часто

встречаются в одном и том же возрасте — около двадцати лет. Процент лиц этого возраста, кто хоть раз затянулся «косячком», очень велик. Даже предполагая, что между наркоманией и шизофренией нет никакой связи, все равно следует ожидать, что имеется значительное число людей с развивающейся шизофренией, кто пробовал те или иные действующие на психику препараты.

Во-вторых, и это даже более важно, имеется достаточно много людей с начальными симптомами шизофрении, которые обратились к наркотикам в поисках объяснения того, что с ними происходит. Тот, кто впервые в жизни услышал, например, «голоса», естественно, очень напуган, а если после этого он начинает пробовать гашиш, психостимуляторы или подобные им наркотики, то это даст ему хоть какую-то разумную причину, объясняющую их появление. Наркотики предоставляют человеку, таким образом, возможность избежать конфронтации с самим собой, избежать необходимости признать, что что-то плохое, причем очень плохое, происходит с его мозгом, что он, буквально выражаясь, теряет разум. Человек пытается обмануть самого себя. Наркотики, как и алкоголь, могут, кроме того, частично уменьшать те или иные симптомы, и в этих случаях можно сказать, что люди пытаются себя лечить.

Родственники больных, у которых развивается шизофрения, часто не замечают самых первых ее симптомов. Не зная, что в действительности испытывает член их семьи, они видят только то, что он употребляет все более сильные наркотики, становится заядлым наркоманом. Когда через некоторое время, три, шесть месяцев спустя, молодому человеку ставят диагноз шизофрении, семья немедленно делает вывод, что к этому привело пристрастие к наркотикам. Подобное заключение способствует до некоторой степени и снятию со своих плеч бремени вины — ведь ясно, что семья не имела к его наркомании никакого отношения. Такой выход из положения бывает особенно удобен для тех родителей, которым психиатр говорит, что развитию шизофрении у их ребенка способствовали семейные проблемы и применявшиеся к нему методы воспитания. В подобных случаях родители часто прибегают к попыткам свалить вину за шизофрению на пристрастие к наркотикам, защищаясь, таким образом, от упреков со стороны психиатра.

Тэд был многообещающим студентом колледжа, уже хорошо распланировавшим свою жизнь. В середине второго курса у него стали наблюдаться эпизоды эйфории, появились странные соматические ощущения, идеи, что его предназначение — спасти мир. Оценки его резко ухудшились, он стал ежедневно посещать церковь, а затем — принимать ЛСД. До этого он лишь изредка на вечеринках пробовал марихуану. Его соседи по комнате, преподаватели и, наконец, родители забеспокоились, что Тэд становится наркоманом. Через месяц он был госпитализирован в местную клинику с явной шизофренической симптоматикой. Родители его до сих пор считают, что причиной всему были наркотики, и ничто не смогло их в этом переубедить.

В большинстве подобных случаев появление первых симптомов шизофрении, предшествовавших началу пристрастия к наркотикам, может быть обнаружено лишь путем целенаправленного опроса пациента.

Некоторые проблемы, связанные с наркоманией у больных шизофренией, подробно рассмотрены в главе 9.

Психотические расстройства вследствие употребления других психоактивных веществ

Наше общество — это общество наркотическое. Молодежь потребляет наркотики, покупая их из-под полы, а взрослые склонны к приему огромного количества воздействующих на психику лекарств. В средней американской семье дома вполне можно открывать аптеку.

Многие из этих лекарств в качестве побочных эффектов могут вызывать появление психиатрических симптомов — от депрессии до параноидного бреда и галлюцинаций. В большинстве случаев галлюцинации бывают зрительными. Это свидетельствует о том, что они вызываются лекарственными препаратами или иными собственно медицинскими причинами. Однако иногда эти галлюцинации могут быть и слуховыми, так что может казаться, что у пациента происходит резкое нарастание симптомов классической шизофрении. При любой первой встрече с эпизодом психоза, сле-

довательно, врач обязательно должен спросить: «А какие лекарства вы принимаете?»

У прописанных врачом лекарственных препаратов побочный эффект, в виде психотических симптомов, почти всегда появляется после первых приемов того или иного лекарства. Эти психотические симптомы впоследствии проходят, иногда почти сразу, а иногда постепенно, как только пациент прекращает принимать этот препарат. Ниже приведен перечень лекарств, о которых известно, что они могут вызывать похожие на шизофрению симптомы. Несомненно, этот перечень не может считаться исчерпывающим, и если какой-то препарат отсутствует в списке, это не означает, что он не может вызывать подобные симптомы. Многие подобные шизофреническим симптомы могут появляться вследствие одновременного действия нескольких лекарств.

Приведенный ниже перечень заимствован в основном из журнала «Medical Letter» (1993, Т. 35, 23 июля)[1]:

- анаболические стероиды;
- антиаритмические;
- антиастматические;
- антибиотики;
- антигистаминные;
- антидепрессанты;
- антипаркинсонические;
- атропин и антихолинергические средства;
- бензодиазепиновые транквилизаторы;
- бета-адреноблокаторы;
- гормоны щитовидной железы;
- контрацептивы;
- кортикостероиды;
- препараты для внутривенного наркоза;
- препараты для местной анестезии;
- противоалкогольные;
- противовоспалительные;
- салицилаты;
- сердечные гликозиды;
- сульфаниламиды.

1. Перечень дается в сокращении, приводятся лишь группы лекарственных препаратов *(.прим. ред.).*

Ниже описан пример шизофреноподобного расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ:

У Кристофера, двадцатидевятилетнего юриста с сильным пристрастием к алкоголю, в течение четырех дней стали замечаться существенные параноидные признаки, а некоторое время спустя — и слуховые галлюцинации. Сначала ему был поставлен диагноз возможной шизофрении, но дежурный врач выяснил у пациента, что какой-то психиатр за неделю до этого прописал ему тетурам. Прием тетурама был прекращен, и через двое суток от этих симптомов не осталось и следа. Когда же пациент снова начал принимать тетурам, то симптомы появились вновь. Постепенное отвыкание от алкоголя без помощи тетурама не привело к появлению каких-либо психотических симптомов. Это дало основание предполагать, что данные симптомы были вызваны именно тетурамом, а не алкогольной абстиненцией, которая также иногда бывает причиной бреда и галлюцинаций.

Психозы, вызванные иными заболеваниями

Некоторые заболевания могут давать симптомы, напоминающие шизофрению. В большинстве случаев, конечно, путаницы не происходит, так как эти заболевания легко диагностируются, однако иногда такое смешение может произойти, особенно на ранних стадиях болезни.

Среди врачей давно идут споры о том, насколько часто за шизофренией могут скрываться иные заболевания, оставаясь таким образом не выявленными. Широкую известность получило проведенное Холлом и его коллегами обследование 38 госпитализированных в штате Техас пациентов с диагнозом шизофрении, когда обнаружилось, что у 39 процентов из них имелись другие заболевания, «спровоцировавшие или обострившие» эту шизофрению. С другой стороны, Коран и его коллеги тщательно обследовали 269 пациентов с диагнозом шизофрении в штате Калифорния и обнаружили только одного больного с незамеченным заболеванием (височной эпилепсией), которое могло давать сходные с шизофренией симптомы. В одной английской работе отмечалось (на базе обследования 318 больных, госпитализированных с диагнозом шизофрении), что лишь у 8 процентов были обнаружены «предшествующие органические заболевания мозга». В ходе другого, тоже проведен-

ного в Англии изучения 268 случаев первичной госпитализации пациентов с шизофренией было выявлено только 6 процентов лиц с органическими заболеваниями, которые могли вызвать соответствующие симптомы. Патологоанатомический анализ ткани головного мозга 200 скончавшихся пациентов «выявил органические церебральные заболевания у примерно 11 процентов из них». Ясно одно — имеется определенное число пациентов с диагнозом шизофрении, которые на самом деле страдают другими заболеваниями, могущими вызывать эти шизофренические симптомы, причем их болезни могут поддаваться лечению.

Ниже описаны заболевания, наиболее часто дающие симптомы, схожие с шизофренией.

Опухоли мозга

Наиболее часто симптомы, сходные с шизофренией, возникают в результате опухоли гипофиза, но и другие опухоли, например менингиома (опухоль мозговых оболочек) височной доли головного мозга, могут давать сходную симптоматику. Они обычно обнаруживаются при обследовании методом ядерно-магнитного резонанса и на ранних стадиях излечимы хирургическим путем.

Вирусный энцефалит

Уже давно известно, что вирусный энцефалит может вызывать сходные с шизофренией симптомы, сохраняющиеся и после выздоровления. Становится все более очевидно, что на ранних стадиях энцефалит часто неотличим от шизофрении, пока на более поздних стадиях его развития не проявятся другие признаки и симптомы. Недавний анализ двадцати двух подобных случаев выявил целый ряд ответственных за это вирусов, включая вирус герпеса, вирус Эпштейна — Барр, цитомегаловирус, вирусы кори, эпидемической миалгии и лошадиного энцефалита. При подозрении на одно из подобных заболеваний они в большинстве случаев могут быть диагностированы с помощью люмбальной пункции и электроэнцефалографии.

Височная эпилепсия

Взаимосвязь между эпилепсией и шизофренией долгие годы была предметом ожесточенных споров. В результате было достигнуто единое мнение, что один из видов эпилепсии, а именно эпилепсия, развивающаяся вследствие поражения височной доли головного мозга, часто дает симптомы, сходные с шизофреническими. По некоторым данным, у 17 процентов пациентов с этим видом эпилепсии имелись симптомы, сходные с шизофреническими.

Сифилис мозга

Хотя в настоящее время им болеют реже, чем в прошлом, все-таки о сифилисе, как возможной причине появления шизофренических симптомов, не следует забывать. Подозрение на него возникает в результате клинического анализа крови пациента, а подтвердить диагноз можно с помощью люмбальной пункции.

Рассеянный склероз

На его ранних стадиях часто отмечаются депрессия и нарушение интеллектуальной деятельности. Иногда могут наблюдаться и шизофренические симптомы, известен случай, когда одной женщине был поставлен диагноз параноидной шизофрении, который оставался неизменным в течение 10 лет, пока рассеянный склероз у нее полностью не проявился.

Болезнь Гентингтона

При этом заболевании шизофрения бывает наиболее часто устанавливаемым «типичным первичным диагнозом» и самым частым «ошибочным диагнозом». Болезнь Гентингтона — это наследственное, генетическое заболевание, проявляющееся в зрелом возрасте. Как только у пациента начинают наблюдаться хореоподобные движения, правильный диагноз становится очевидным.

Синдром приобретенного иммунодефицита

Это заболевание — самое новое дополнение к перечню болезней с близкими к шизофрении симптомами. Уже доказано, что СПИД может вызывать симптомы, сходные с шизофренией или маниакально-депрессивным психозом, вызванные действием на мозг вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Учитывая увеличение заболеваемости СПИДом, тест на ВИЧ должен включаться во все первичные диагностические процедуры при поступлении пациентов с серьезными психическими заболеваниями.

Прочие заболевания

Кроме описанных выше, имеется достаточно большой список других заболеваний, при которых, хотя и редко, могут наблюдаться сходные с шизофренией симптомы. К таким заболеваниям относятся:

- болезнь Вильсона;
- острая порфирия;
- метахроматическая лейкодистрофия;
- красная волчанка;
- обызвестление ганглиев большого мозга;
- прогрессивный паралич
- закупорка (стеноз) водопровода мозга;
- водянка головного мозга;
- нарушение мозгового кровообращения;
- нарколепсия;
- болезни щитовидной железы;
- болезни надпочечников;
- гепатическая энцефалопатия;
- пеллагра;
- саркоидоз;
- пернициозная анемия (болезнь Бирмера);
- отравление металлами (например, свинцом, ртутью);
- отравление инсектицидами (например, содержащими фосфорорганические соединения);
- лептоспироз;
- тропические инфекционные заболевания (например, трипаносомиаз, церебральная малярия).

Наилучший способ обнаружить эти заболевания — наличие компетентного врача и проведение полного комплекса диагностических процедур (смотри главу 3).

Послеродовые психозы

Довольно часто у молодых матерей после родов наблюдается некоторая депрессия, которая иногда может быть достаточно сильной. Гораздо реже, примерно в одном случае на тысячу родов, у матерей проявляются симптомы, сходные с шизофренией. Они обычно начинаются в промежутке от трех до семи дней после родов и могут выражаться в бреде (например, в убеждении, что ребенок родился неполноценным или его похитили) и галлюцинациях (например, появляются «голоса», требующие, чтобы мать убила своего ребенка). Может наблюдаться и депрессия, в связи с чем часто ставится диагноз шизоаффективного психоза. Из-за непредсказуемости поведения подобных пациенток ребенка обычно держат отдельно от матери вплоть до ее выздоровления. Быстрое улучшение состояния больной достигается медикаментозными методами, и обычно через две недели указанные симптомы исчезают. В очень небольшом проценте случаев у пациенток развивается шизофренический или маниакально-депрессивный психоз в полном объеме.

Причины возникновения подобных расстройств в настоящее время неизвестны. Раньше полагали, что здесь главную роль играют психологические факторы, прежде всего двойственные чувства матери к своему ребенку. В последние годы внимание в основном сосредоточилось на биохимических факторах, связанных с сильными гормональными изменениями, происходящими после рождения ребенка в организме матери. Эти теории получили дополнительный импульс в связи с наблюдением, что у некоторых больных шизофренией женщин симптомы проявляются ярче непосредственно перед началом и во время менструации. Что касается тех случаев, когда послеродовой психоз переходил в настоящую шизофрению, то вполне возможно, что у этих женщин шизофрения развилась бы даже в том случае, если бы они не забеременели. Поскольку наиболее часто шизо-

френия начинается именно в детородном возрасте, подобное совпадение становится статистически неизбежным.

Мэри только что вернулась из больницы после рождения ее первого ребенка, девочки. Дня через три ее муж обратил внимание, что она начала странно разговаривать и выглядеть. Мэри призналась, что ей слышатся голоса, призывающие убить ребенка. Ее отправили в больницу, назначили соответствующее лечение, и через десять дней она вернулась домой совершенно здоровой.

Для подобных заболеваний название «шизофрения» не подходит.

Посттравматический психоз

Тот факт, что психоз иногда может быть следствием тяжелых черепно-мозговых ранений или травм, был хорошо обоснован еще в 1870 году после обследования солдат, участников франко-прусской войны. Однако вопрос, насколько часто это происходит и какие виды травм могут вызывать психоз, все еще остается спорным. Похоже, что наиболее часто посттравматический психоз развивается у лиц с травмами височной или лобной долей мозга. Также обращалось внимание на то, что при подобном психозе нередко отмечается параноидный бред, тогда как расстройства мышления совершенно не типичны.

Проблема заключается в том, как определить влияние травмы головы на развитие психоза. Черепно-мозговые травмы и шизофрения одинаково присущи молодому возрасту, и время от времени они могут пересекаться. Большинство молодых людей всегда могут вспомнить какие-либо свои травмы головы, и связь травмы с последующей шизофренией может дать дополнительный толчок родственникам больных в их поисках объяснения причин этого заболевания. Еще более усложняет эту проблему тот факт, что люди с первыми симптомами шизофрении могут совершать такие поступки, следствием которых бывают травмы головы; в семье могут не заметить первых слабых симптомов и поэтому начало шизофрении ассоциируется с полученной травмой. Так или иначе, всегда есть материал для размышлений, вызывает ли травма шизофрению путем непосредст-

венного механического воздействия на головной мозг или она служит дополнительным стрессообразующим фактором — своего рода последней каплей.

Джон, 22 лет, студент колледжа, у которого никогда не было никаких психиатрических симптомов, попал в аварию: когда он ехал на велосипеде, его сбила машина. Шестнадцать дней Джон находился в полукоматозном состоянии с признаками повреждения центральной нервной системы, у него наблюдались припадки. Когда он очнулся после своего полузабытья, то признался матери, что слышал, как по радио голоса обвинили его в том, что он гомосексуалист. В течение года у него не было никаких других симптомов, кроме бессонницы и головных болей, как вдруг он попытался совершить самоубийство и был госпитализирован. В это время у него был отмечен параноидный бред, со временем все усиливавшийся. В течение последующих пяти лет Джон подвергался госпитализации еще пять раз. Его бред снимался антипсихотическими лекарственными препаратами, но по выходе из клиники он всякий раз прекращал принимать лекарства.

Детский аутизм

Детский аутизм — заболевание головного мозга, свойственное детскому возрасту, по всей вероятности, с шизофренией не связан. Этот синдром, начинающийся в возрасте от одного года до полутора лет, характеризуется сильной замкнутостью (ребенок не реагирует на прикосновения), задержкой развития речи, неадекватными реакциями на внешние раздражители, гипнотизирующим воздействием на него неодушевленных объектов (водопроводного крана, например, или собственной тени), а также повторяющимися движениями (например, кружением на месте). Это заболевание встречается примерно у четырех детей на 10 тысяч, то есть в 25 раз реже, чем шизофрения. В свое время утверждалось, что подобный аутизм в большей степени характерен для зажиточных слоев населения, но впоследствии эти данные были опровергнуты. У мальчиков он встречается в четыре раза чаще, чем у девочек.

Аутизм представляет собой скорее группу заболеваний, чем одну болезнь. Подобное аутизму поведение может наблюдаться у детей с гемолитической анемией, фенилкетонурией, вирусным энцефалитом и другими заболеваниями.

Аутизм часто сопровождается эпилепсией, примерно половина больных аутизмом детей отличаются задержкой умственного развития, среди таких детей чаще отмечаются случаи слепоты или глухоты.

Как и при шизофрении, в последние годы появились свидетельства того, что аутизм имеет биологические причины, устаревшие психогенные теории типа каннеровской «замораживающей матери» сегодня полностью себя дискредитировали. Развитие аутизма может быть обусловлено наследственностью или врожденным дефектом: в мозге таких детей найдены органические невропатологические аномалии, особенно в мозжечке. Исследования методом ядерно-магнитного резонанса иногда показывают изменения, а иногда нет. Были выявлены также нарушения в деятельности эндокринной системы и изменения в химическом составе крови. Одним из наиболее интересных открытий в области причин возникновения аутизма стало то, что у матерей, родивших заболевших аутизмом детей, во время беременности наблюдались необычно сильные (по сравнению с контрольной группой) кровотечения.

Для лечения аутизма применяется целый ряд лекарственных препаратов, но, увы, с весьма скромным успехом. По мере взросления выздоравливает относительно малый процент детей. Большинство же приобретают признаки «взрослой» шизофрении с акцентом скорее на «негативные» симптомы («уход в себя», сглаженное эмоциональное состояние, бедность мысли), чем на «позитивные» (бред, галлюцинации).

Отличить детский аутизм от детской шизофрении в большинстве случаев можно без особого труда. Почти всегда аутизм начинается до двух с половиной лет, тогда как шизофрения редко проявляется до пяти и остается нетипичной до возраста десяти лет. У ребенка, больного аутизмом, наблюдаются сильная замкнутость, задержка в развитии речи, повторяющиеся движения и действия, тогда как у больного шизофренией бывают бред, галлюцинации и мыслительные расстройства. Отсталость в умственном развитии наблюдается у половины больных аутизмом детей, а у больных шизофренией это происходит гораздо реже. И наконец, в семьях детей, страдающих шизофренией, могут быть другие подобные случаи, тогда как в семьях детей, больных аутизмом, шизофрения не встречается практически никогда.

Истерический, или культурально обусловленный, психоз

Иногда шизофрению путают с *культурально обусловленным,* или *истерическим, психозом.* Истерическим психозом называют измененное состояние психики, обычно достигаемое индивидом по своему желанию. В этом состоянии человек может демонстрировать симптомы, чрезвычайно похожие на шизофренические. Он, например, может жаловаться на непривычные соматические ощущения и галлюцинации, может вести себя эксцентрично или иррационально. В Соединенных Штатах подобное поведение наблюдается наиболее часто в связи с деятельностью некоторых религиозных организаций. В других культурных сообществах и в других странах эти явления известны под такими названиями, как «мотыльковое безумие» (индейцы Навахо), «виндиго» (индейцы Кри и Оджибва), «зар» (Средний Восток), «коро» (Китай), «сусто» (Латинская Америка), «латах» (Юго-Восточная Азия) и «амок» (Малайзия).

> Цецилия вела совершенно нормальный образ жизни, если не считать того, что раз в месяц участвовала в проходивших всю ночь службах фундаменталистской церкви. Во время этих служб она слышала разговаривающие с ней голоса, сама говорила не своим голосом, а иногда вела себя настолько дико, что окружающие вынуждены были ее удерживать. Другие члены общины относились к ней со страхом и благоговейным ужасом, подозревая, что в нее кто-то вселился.

Людям, подобным этой Цецилии, нельзя ставить диагноз шизофрении до тех пор, пока не появятся другие симптомы этого заболевания. Иногда действительно больные шизофренией вовлекаются в различные религиозные секты и культы именно потому, что там ценится, если человек слышит «голоса» или «говорит не своим голосом».

Шизофрения, творческие способности и знаменитости

Вопросом, который часто любят обсуждать и в семейном кругу, и в пабах, является вопрос о том, существует ли

взаимосвязь творческих способностей и шизофрении. Еще триста лет назад Джон Драйден[1] выразил весьма распространенный взгляд на эту проблему, написав: «Великий дар даруется безумным». С тех пор мы лишь ненамного приблизились к ответу на этот вопрос.

Известно, что у творческих личностей и больных шизофренией имеется много общего. И те, и другие необычным образом используют слова и фразы (отличительная черта великих поэтов и писателей), по-особому видят окружающий мир (как известные художники, например), в своих рассуждениях часто прибегают к неожиданным и нестандартным поворотам мысли, а также предпочитают уединение шумному обществу. Когда люди с творческими наклонностями проходят традиционное психологическое тестирование, у них отмечается больше психопатологических признаков, чем у людей, не склонных к творчеству; они считаются среди своих друзей эксцентричными людьми. И наоборот, когда больным шизофренией (непараноидной) предлагается традиционный тест на выявление творческих способностей, они достигают очень высоких показателей (о больных параноидной шизофренией этого сказать нельзя).

В некоторых исследованиях было доказано, что люди с высоким творческим потенциалом сами по себе не отличаются предрасположенностью к шизофрении. Однако в одной работе утверждалось, что ближайшие родственники творческих личностей, похоже, более склонны к этому заболеванию. В качестве примера приводится Роберт Фрост[2], чьи тетя, сын и, возможно, дочь были больны шизофренией. Рассматривая эту проблему с другой стороны, в той же работе доказывается, что близкие родственники больных шизофренией достигают лучших результатов при тестировании их творческих способностей, чем следовало бы ожидать, исходя из теории вероятностей. Прежде чем серьезно предполагать наличие взаимосвязи шизофрении и творческих способностей, подобные выводы должны быть подтверждены дополнительными экспериментами. Если же

1. *Джон Драйден* (1631-1700) — английский поэт, драматург и критик *(прим. перев.)*.
2. *Роберт Фрост* (1874-1963) — известный американский поэт *(прим. перев.)*.

такая взаимосвязь действительно существует, то объяснение ей скорее всего следует искать в генетической предрасположенности как к творчеству, так и к заболеванию.

Между творческой личностью и больным шизофренией имеется, конечно, одно фундаментальное различие: творческая личность полностью контролирует свои необычные мысли и может использовать их как движущую силу при создании своего произведения. Больной же находится в плену собственного расстроенного мышления и утраченных ассоциативных связей, что ввергает его в какофонию ощущений. У творческой личности имеется возможность выбора, тогда как у страдающего шизофренией — нет.

Список творческих личностей, подозревавшихся в наличии шизофрении или шизоаффективного психоза, очень короток, и это неудивительно, если учесть, насколько расстройство мысли сказывается на работоспособности человека. Среди художников, артистов и писателей, кто почти наверняка страдал шизофренией, можно выделить русского танцовщика Вацлава Нижинского, французского драматурга Антонена Арто, шведского композитора Якоба Адольфа Хагга, немецкого поэта Иоганна Фридриха Гельдерлина и английского поэта и композитора Айвора Герни. Наличие шизофрении или шизоаффективного психоза подозревалось также у шведского писателя Августа Стриндберга и французского художника Винсента Ван Гога. Некоторые явные шизотипические признаки можно найти и в творчестве ирландского писателя Джеймса Джойса. И наконец, целый ряд художников получили широкую известность уже после того, как им был поставлен диагноз шизофрении. Наиболее известен из них, пожалуй, швейцарец Адольф Волфли, история которого изложена в вышедшей в 1989 году книге Джона Макгрегора «Открытие искусства безумия».

Перед второй мировой войной Вацлав Нижинский был самым известным балетным танцовщиком мира и, по мнению многих, наиболее великим из всех, когда либо живших на Земле. Шизофрения у него развилась в возрасте 29 лет, и всю оставшуюся часть жизни он, несмотря на консультации всех светил психиатрии того времени — профессоров Адлера, Блейлера, Фрейда, Юнга и Крепелина, прожил с явными отклонениями в психике. Впоследствии его жена

отредактировала и издала дневники, написанные им в психиатрической клинике:

> Я люблю жизнь и хочу жить, кричать — но не могу. Душа моя болит, и эта боль пугает меня. Моя душа больна. Душа, не разум. Доктора не могут разобраться в моей болезни. Я знаю, что мне нужно, чтобы выздороветь. Болезнь моя слишком огромна, чтобы ее можно было вылечить быстро. Я неизлечим. Душа моя больна, бедный я, несчастный, отверженный. Каждый, читающий эти строки, будет страдать — и тогда они поймут, что я чувствую.

Особенно интересен для психопатологии пример Джеймса Джойса. В его биографии отмечаются «его очарованность звуками», периоды депрессии, пристрастие к алкоголю и, по крайней мере, один эпизод мании, в течение которого «он не мог заснуть шесть или семь ночей подряд... Он чувствовал себя, словно подцепленная на крючок и вытащенная из воды рыба. Днем же его мучили слуховые галлюцинации». Психиатр, изучавший произведения Джойса, сделал вывод, что у поэта был шизоидный тип личности с параноидными чертами, а стихотворение «Пробуждение Финнегана», без сомнения, может быть отнесено к психотическим. Единственной дочери Джойса, Люции, в 22 года был поставлен диагноз классической шизофрении, и она провела остаток своей жизни в клинике для душевнобольных. Отмечалось также, что «Джойс отличался прекрасной способностью следовать ее непредсказуемым скачкам мысли, ставившим других людей в полнейший тупик».

Винсент Ван Гог также страдал от эпизодов депрессии, отличался пристрастием к алкоголю, у него наблюдались и периоды повышенной активности. В Арле, преследуемый слуховыми галлюцинациями, он отрезал себе левое ухо и преподнес его в качестве подарка проститутке. В течение последующих двух месяцев, дважды попадая в больницу, он демонстрировал параноидный бред, зрительные и слуховые галлюцинации, а также мутизм. После этого его насильно отправили на год в Сен-Реми, где периодически были вынуждены изолировать и где он жаловался на «странные звуки и голоса». Заболеванию Ван Гога ставились различные диагнозы, в том числе: шизофрения, шизоаффективный психоз, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия, порфирия, сифилис мозга. Хотя существует некоторая тенденция к романтизации психоза Ван Гога и усмотрению тесной

связи заболевания с его великими творческими достижениями, письма самого художника дают ясное представление о силе испытываемых им страданий и боли. Своему брату Тео он писал из Сен-Реми: «О, если б я только смог работать без этой проклятой болезни - какие прекрасные полотна я бы тогда создал!»

В отличие от шизофрении, маниакально-депрессивный психоз непосредственно ведет к усилению творческих способностей благодаря повышенной энергичности и ускорению мыслительных процессов, наблюдающихся у многих больных. В список известных людей, у которых подозревается наличие маниакально-депрессивного психоза, входят Гендель, Берлиоз, Шуман, Бетховен, Доницетти, Глюк, Байрон, Шелли, Колридж, Эдгар По, Бальзак, Хемингуэй, Фицджеральд, Юджин О'Нил и Вирджиния Вульф[1]. Творческим личностям часто свойствен и алкоголизм — первые пять американцев, удостоенные Нобелевской премии в области литературы, были алкоголиками или близки к этому (Синклер Льюис, О'Нил, Фолкнер, Хемингуэй и Стейнбек).

1. Этот список можно продолжить и известными отечественными творческими личностями: Гоголем, Гаршиным, Врубелем, Чюрленисом и другими *(прим. ред.)*.

Глава 5

Прогноз и возможное развитие заболевания

Такая болезнь — нарушающая восприятие, осмысленность в действиях, приводящая чувства в ужасный беспорядок и разрушающая саму природу человека — приводит его разум в такое расстройство и приносит столько зла, что она заслуживает тщательного изучения всеми возможными методами... Мы должны раскрыть природу безумия, закономерности протекания этой болезни и влияющие на нее обстоятельства, найти способы ее предупреждения. Пусть и в далеком будущем, но мы должны спасти человечество от этого заболевания, а если это не удастся, мы все равно любыми способами должны обеспечить больному лечение на ранних стадиях болезни.

Д-р Уильям Фарр, 1841

Когда человеку ставят диагноз шизофрении, он сам и его родственники хотят знать, чего следует ожидать. Каковы шансы на полное выздоровление? Будет ли человек иметь возможность жить самостоятельно через десять, через тридцать лет? Существует ли вероятность, что больному станет хоть немного лучше, или он обречен провести остаток своих дней в клинике для душевнобольных? Насколько велик риск самоубийства? Все это очень важные вопросы, от ответа на которые зависят планы на будущее семей больных.

Факторы, влияющие на прогноз

Уже довольно давно было замечено, что некоторые больные шизофренией выздоравливают полностью, другие — частично, а у некоторых вообще не наблюдается никаких признаков улучшения. Эти наблюдения заставили многих спе-

циалистов повторно изучить истории болезни пациентов начиная с момента их первого поступления в клинику в надежде, что это поможет выявить предопределяющие плохой исход факторы. В результате подобных исследований были выделены группы факторов, влияющих на течение болезни, каждый из которых, будучи взят в отдельности, не имеет особого предопределяющего значения, но в совокупности они позволяют дать определенный прогноз. С учетом этих факторов появилась возможность подразделять случаи шизофрении на заболевание с вероятностью хорошего исхода (хороший прогноз) и заболевание с предполагаемым плохим исходом (плохой прогноз), что впоследствии получило широкое распространение. Возможно, что на сегодняшний день именно эта классификация имеет наиболее важное практическое значение.

Жизнь больного до появления симптомов заболевания

Наиболее велики шансы на благополучный исход заболевания у тех пациентов, которые до начала болезни считались относительно нормальными людьми. Так, если в детском возрасте они легко заводили друзей, в подростковом — не были замечены в неблаговидном поведении, не преступали определенных граней, в школе успевали в соответствии со своим уровнем развития, то имеются серьезные основания для благополучного прогноза. И наоборот, если, по рассказам родных, «он (она) всегда был странным ребенком», в школе и в отношениях с родителями — сплошные проблемы, если человек был склонен к правонарушениям, замкнут, то скорее всего его следует отнести к группе больных с неблагоприятным прогнозом.

Влияние пола

Со всей очевидностью было доказано, что у женщин прогноз течения заболевания более благоприятный, чем у мужчин (смотри главу 3).

Наследственность

Самый благоприятный прогноз имеют те пациенты, у кого в семье никогда не было больных шизофренией. Чем больше болевших шизофренией близких родственников, тем хуже прогноз. Если в семье имелись случаи депрессии или маниакально-депрессивного психоза, то пациент скорее всего имеет хорошие предпосылки для выздоровления. Таким образом, хороший прогноз распространяется на членов тех семей, где вообще не было психически больных или наблюдались лишь случаи депрессии и/или маниакально-депрессивного психоза. У членов же семей, где имелись больные шизофренией, можно предполагать неблагоприятный прогноз.

Влияние возраста, в котором появились первые признаки болезни

Обычно чем раньше проявляются признаки шизофрении, тем меньше вероятность благополучного исхода. Человек, у которого первые симптомы шизофрении были обнаружены в пятнадцатилетнем возрасте, имеет меньшие шансы выздороветь, чем тот, кто заболел в 25 лет. Лица, у которых шизофрения впервые была диагностирована в более старшем возрасте, особенно после 30 лет, чаще всего попадают в группу пациентов с хорошим прогнозом.

Внезапность заболевания

Этот фактор имеет очень большое значение, причем наилучшие результаты лечения отмечаются у тех, кто заболел внезапно, в острой форме. У человека с признаками постепенного нарастания симптомов, скажем, в течение нескольких месяцев, перспективы не столь благополучны, скорее всего он попадет в группу лиц с не очень хорошими перспективами. И наоборот, как практикующий психиатр я всегда бываю очень рад, когда родные больного мне говорят, что «еще месяц назад Джон был совершенно нормальным» — тогда, я знаю, у него отличные шансы на выздоровление.

Влияние предшествующих событий

Степень влияния на возникновение болезни каких-то событий, произошедших с человеком, обычно довольно трудно оценить, и поэтому их значение как прогностических факторов не столь велико. Причина в том, что появление первых симптомов шизофрении связано именно с возрастом от 15 до 25 лет, когда в жизни человека происходит множество событий, которые можно расценивать как стрессовые. Смена друзей и влюбленность, уход из семьи и развод, отчисление из учебного заведения и новое место работы, впечатления от отпуска или каникул, смерть родителей, финансовые и жилищные трудности — все эти жизненные обстоятельства можно считать вполне естественными в таком возрасте. Если спросить у любого человека от 15 до 25 лет, что сегодня, в данный конкретный день, произошло и его жизни существенного, то вы получите довольно длинный список событий. Однако если какие-либо значительные события произошли непосредственно перед проявлением первых симптомов шизофрении, то это может служить достаточным основанием для зачисления такого пациента в группу с благоприятным прогнозом.

Клинические симптомы

В качестве прогностических факторов часто можно использовать и симптомы заболевания в период его возникновения. К наиболее важным из них относятся:

а) кататонические симптомы — хороший признак;
б) параноидные симптомы — хороший признак;
в) наличие депрессии или других эмоций является хорошим признаком;
г) если человеку ставится диагноз шизоаффективного психоза (смотри главу 3), это может служить хорошим предзнаменованием;
д) преобладание «негативных» симптомов типа притупления эмоциональности, бедности мысли, апатии и «ухода в себя» является признаком большой вероятности неблагоприятного исхода;

е) «навязчивость» (постоянная приверженность какой-то мысли или объекту) и «одержимость» (склонность к повторяющемуся ритуальному поведению) также являются признаками неблагоприятного прогноза;
ж) нетипичные симптомы, то есть такие, которые не подходят под общепринятую клиническую картину шизофрении, являются хорошим признаком;
з) хорошим признаком является наличие у пациента растерянности, недоумения, ощущения, что с ним что-то не в порядке.

Факты, выявленные методом компьютерной томографии или ядерно-магнитного резонанса

Если в результате обследования на компьютерном томографе или ЯМР-спектрографе не выявлено каких-либо изменений в головном мозге, это может считаться хорошим признаком. Если же обнаруживается изменение желудочков мозга и/или атрофия мозговых тканей, то это свидетельствует о возможности неблагоприятного прогноза.

Медикаментозное лечение на ранних этапах

Имеются некоторые данные, что задержка с медикаментозным лечением шизофрении на ее ранних стадиях может привести к ухудшению течения заболевания. Если это действительно так, то психотерапевтам и другим врачам, лечащим на ранних стадиях шизофрению «разговорными методами» без применения лекарственных препаратов, вполне можно будет предъявлять обвинение в халатности и недобросовестном отношении к своим обязанностям.

Реакция на применяемые лекарства

Важным прогностическим фактором является первая реакция больного на медикаментозное лечение антипсихотичес-

кими средствами: чем лучше он на них реагирует, тем больше вероятность благоприятного исхода.

Следует еще раз отметить, что сами по себе эти факторы, взятые по отдельности, не могут служить достаточным основанием для того или иного прогноза течения и исхода заболевания. Предсказать ход болезни у каждого конкретного человека можно только путем оценки *всей совокупности* рассматриваемых факторов. Конечно, у многих пациентов могут быть признаки, свидетельствующие в пользу как хорошего, так и плохого прогноза, в то время как другие явно попадают или в группу пациентов с благоприятным, или в группу с неблагоприятным прогнозом.

Следует также помнить, что любой прогноз — это лишь статистическая оценка вероятности, так что не следует слепо ему верить. Все те, кто постоянно осуществляют уход за больными шизофренией, могут привести достаточно много примеров исключений из вышеприведенных правил, так что относиться к любым прогнозам следует с достаточной степенью скептицизма. Я, например, имел дело с пациентом, который в детстве был совершенно нормальным ребенком, в семье у него больных шизофренией никогда не было, болезнь развилась внезапно в возрасте двадцати двух лет после явно выраженных предшествующих событий и с первичными кататоническими симптомами, и тем не менее он так и не смог выздороветь. С другой стороны, что должно вселять некоторый оптимизм, я наблюдал пациентов с явно неблагополучным прогнозом, которые выздоровели почти полностью.

Возможное течение заболевания. Спустя 10 лет

Что касается лиц, впервые госпитализированных по причине шизофрении, то вероятность того, что через год их состояние будет более или менее удовлетворительным, достаточно велика. Джеффри Либерман со своими нью-йоркскими коллегами не так давно провел обследование 70 подобных больных, которое показало, что через один год у

74 процентов из них «полностью исчезла симптоматика», а у 12 процентов «симптоматика исчезла частично». Для лиц с диагнозом шизофрении среднее время продолжительности приступа до исчезновения симптоматики (ремиссии) составляет 42 недели, а для лиц с шизоаффективным психозом — 12 недель.

Более долгосрочный прогноз шизофрении несколько менее оптимистичен, чем годичный. Еще в начале нашего века утверждалось, что при этом заболевании наблюдается так называемое правило трети: треть пациентов выздоравливают, у трети состояние улучшается, а у трети — никаких улучшений не происходит. Однако последние работы, основанные на изучении данных по наблюдениям за пациентами в течение многих лет как в США, так и в Европе, свидетельствуют, что это правило явно упрощено и устарело. Например, стало ясно, что человек, который болен уже тридцать лет, переносит свою болезнь легче, чем тот, чье заболевание продолжается еще только десять лет. Вероятно, здесь играет свою роль то, что многие пациенты за долгое время научились лучше пользоваться лекарствами, а также то, что благодаря деинституализации многие пациенты смогли находиться не в клинике, а в домашних условиях. С другой стороны, уровень смертности, особенно из-за самоубийств, среди больных шизофренией очень велик и явно продолжает возрастать.

Возможно, одно из лучших исследований, проведенных в области оценки перспектив течения заболевания, было выполнено Дж. Стефенсом, проанализировавшим двадцать пять работ, где были представлены данные наблюдений не менее чем за 10 лет. В этих работах наблюдается широкий разброс в процентных соотношениях «выздоровевших» пациентов, пациентов с «улучшением состояния» и оставшихся «без улучшений», что в большой степени зависит от . первичной выборки больных (например, включение в нее большого числа пациентов с острым реактивным психозом увеличивает процент выздоровевших). Суммируя данные, накопленные к настоящему времени, развитие заболевания можно представить в виде нижеприведенной схемы, которая, кажется, скорее подтверждает «правило четверти», чем «правило трети».

Прогноз развития заболевания

Через 10 лет

Полностью выздоровели, 25%	Состояние значительно улучшилось, относительно независимы, 25%	Состояние улучшилось, но требуется уход, 25%	Состояние не улучшилось, госпитализация, 15%	Летальный исход, главным образом суицид, 15%

Через 30 лет

Полностью выздоровели, 25%	Состояние значительно улучшилось, относительно независимы, 35%	Состояние улучшилось, но требуется уход, 15%	Состояние не улучшилось, госпитализация, 10%	Летальный исход, 15%

Полностью выздоравливают 25 процентов пациентов

Здесь подразумевается, что обследовались все пациенты с симптомами шизофрении, включая и тех, у кого подобные симптомы наблюдались менее шести месяцев. Если бы рассматривались лишь пациенты с шизофренией в более узком смысле (то есть «с постоянными признаками заболевания на протяжении не менее шести месяцев»), то процент полностью выздоровевших был бы меньше 25. Выздоровление происходило независимо от того, какое лечение применялось, среди полностью выздоровевших пациентов были люди, которые пользовались антипсихотическими лекарственными препаратами, средствами тибетской медицины, психоанализом или другими методами лечения. Поэтому ни один из методов не может быть признан по-настоящему эффективным до тех пор, пока не будет доказано, что процент полных выздоровлений после его применения выше статистически ожидаемого. Полное выздоровление наступало, как правило, в течение первых двух лет заболевания, и обычно впоследствии отмечалось не более двух дискретных случаев рецидива.

Резкие вспышки психотического состояния начали возникать у Андреа на второй год обучения в колледже, и она на шесть недель была госпитализирована. Выздоровление шло медленно, даже после выписки из клиники она продолжала еще полгода дома прини-

мать лекарства и посещать сеансы психотерапии. Через год Андреа смогла возобновить учебу в колледже, рецидивов заболевания у нее не наблюдалось. По ее мнению, заболела она из-за несчастной любви, и в семье ее болезнь, если они вообще считали это болезнью, рассматривали просто как «нервный срыв».

В таких семьях часто отрицают сам факт, что кто-то из родственников болен шизофренией, они очень редко вступают в различные группы поддержки типа Национального союза помощи душевнобольным.

У 25 процентов больных происходит значительное улучшение состояния

Такие пациенты обычно хорошо реагируют на медикаментозное лечение антипсихотическими препаратами и, пока их принимают, хорошо себя чувствуют. Они могут жить относительно независимо, участвовать в общественной жизни, жениться и выходить замуж, работать как сокращенный рабочий день, так и полный.

Питер в детстве был обычным ребенком, успешно получил среднее образование. Он женился и пошел в армию, чтобы получить профессиональную подготовку и повидать мир. В семье у него не было никаких случаев психических заболеваний. В 21 год он был направлен служить в Германию, и там у него начали возникать странные соматические ощущения. Чуть позже ему стали слышаться «голоса». Питер начал сильно пить, это, ему казалось, заглушало «голоса», потом он обратился к гашишу и кокаину. Состояние его быстро ухудшалось, он даже был арестован за то, что ударил офицера, который, как казалось Питеру, пытался его отравить. Питера госпитализировали и комиссовали из армии по полной непригодности к службе. В следующие три года он еще трижды попадал в психиатрические лечебницы.

Очень сильные дозы лекарств медленно, но верно подействовали на Питера, и он вышел из клиники почти полностью выздоровевшим. Каждую неделю он продолжал делать себе инъекции соответствующих лекарств, жил в отдельной квартире и навещал семью (в том числе детей и жену, с которой был в разводе). Он был вполне трудоспособен, но не хотел устраиваться на работу, так как в этом случае потерял бы право на получение военной пенсии. Единственным оставшимся от его болезни симптомом были «голоса», которые он слышал, как правило, по вечерам, но Питер уже вполне мог их игнорировать.

У 25 процентов состояние улучшается, но им требуется постоянный уход

Такие пациенты не очень хорошо реагируют на медикаментозные средства, у них часто наблюдаются «негативные» симптомы, при этом, как правило, об этих пациентах известно, что до начала заболевания они имели пониженную способность к социальной адаптации. Таким больным требуется постоянное внимание со стороны служб реабилитации, и там, где подобная система имеется и хорошо налажена, они могут жить почти нормальной жизнью, но если такой системы ухода нет, они могут стать жертвами преступлений и оказаться на улице или в ночлежке.

Фрэнк был очень замкнутым ребенком. Благодаря своим музыкальным способностям он поступил в колледж. На третьем курсе его успеваемость стала значительно хуже, Фрэнк жаловался на постоянные слуховые галлюцинации. Последующая госпитализация и медикаментозное лечение привели к незначительному улучшению его состояния, так что он уже мог быть направлен в так называемую полубольницу (смотри главу 1). Ему надо ежедневно соблюдать определенный распорядок, но обычно он просто шатается по улицам, сочиняя музыку и записывая ноты на клочках бумаги. Он постоянно погружен в себя, и ему все время нужно напоминать, что надо сделать — переодеться, почистить зубы, принять лекарство.

У15 процентов больных улучшения не наблюдается

К таким больным относятся те, кто плохо реагирует на терапевтическое вмешательство и кому до последнего времени мы мало что могли предложить. Некоторым из них помогают новейшие антипсихотические средства, такие, как Лепонекс (смотри главу 7). Те же, кому лекарства не помогают, являются первыми кандидатами на длительную изоляцию от общества в специальных клиниках (смотри главу 8). Будучи выпущенными из них, нередко против их собственной воли, эти пациенты часто кончают очень плохо.

Дороти была спокойным ребенком, в школе у нее были только отличные отметки. Когда Дороти была маленькой, ее мама два года провела в клинике для душевнобольных с диагнозом шизофрении, а брат находился в интернате для умственно отсталых

детей. Впервые Дороти была госпитализирована на один месяц, когда ей было 15 лет; никаких данных, кроме диагноза «транзиторные реакции переходного возраста», получить по этому поводу не удалось. После этого Дороти ушла из школы, поступила на работу горничной, вышла замуж и родила троих детей. Все у нее было, как у всех, пока в 22 года ей не стало казаться, что ее пытаются убить, что все о ней говорят, что постоянно над ее головой летают какие-то самолеты. Она полностью запустила детей и домашнее хозяйство и целыми днями просиживала в углу с выражением сильного страха на лице. В ходе обследования у нее были выявлены значительные расстройства мышления и кататоническая симптоматика, состояние страха и замкнутости.

Большую часть из последующих пятнадцати лет Дороти провела в различных психиатрических клиниках, практически не реагируя на медикаментозное лечение. Сначала она еще на некоторое время изредка возвращалась домой, получая амбулаторное лечение, но затем Дороти была направлена в «полубольницу», где провела несколько месяцев подряд. Там ее постоянно обижали мужчины, так как она была совершенно не в состоянии себя защитить. Сейчас она постоянно находится в больнице, просиживая на стуле целые дни. Дороти вежливо отвечает на обращения, но не проявляет при этом совершенно никаких эмоций, отличаясь бедностью мысли и расстройством речи.

Летальный исход — 10 процентов

Почти все из этих десяти процентов погибают вследствие самоубийства или несчастного случая. Другие факторы, влияющие на возможность смертельного исхода, мы обсудим чуть позже.

Возможное течение заболевания. Спустя 30 лет

В последние годы было доказано, что если взять пациентов, подвергавшихся лечению в течение тридцати лет, то для среднего пациента из этой группы результаты лечения оказываются значительно лучше, чем для пациента из группы больных, лечившихся в течение десяти лет. Это резко противоречит широко распространенному мнению об этом заболевании, ведущему свое начало еще от пессимистических утверждений Крепелина, что большинство пациентов медленно угасают. Основной причиной подобного более легкого

течения заболевания является то, что у большинства людей процесс старения препятствует проявлению шизофренических симптомов. Наиболее сильно эти симптомы проявляются в возрасте 20-30 лет, затем к 40 годам они несколько ослабевают, а после 50 лет становятся еще слабее. Почему так происходит, мы до сих пор не знаем. Из этого правила, конечно, имеются исключения, но в целом шизофрения относится к тем редким жизненным обстоятельствам, когда возраст дает определенные преимущества.

Подобные выводы относительно долгосрочного прогноза течения этого заболевания можно сделать из исследований, выполненных в Европе Манфредом Блейлером, Люком Чомпи и Гердом Хубером, а в США — Кортни Хардингом, который обследовал больных, выписанных в результате деинституализации из клиники штата Вермонт. Некоторые из обследованных пациентов стали уже на сорок лет старше, чем были тогда, когда они заболели. Совпадение результатов этих независимых друг от друга исследований кажется весьма впечатляющим. Чомпи на основании своего обследования пациентов, у которых средняя продолжительность болезни составила 36 лет, сделал следующий вывод: «Примерно у 75 процентов обследованных наблюдается положительный исход, то есть они выздоровели или налицо признаки существенного улучшения». Согласно выводам Хардинга относительно хронически больных шизофренией пациентов из штата Вермонт (через 20-25 лет после их выписки из клиники), «сегодняшняя картина состояния этих людей представляет собой резкий контраст с тем состоянием, которое, судя по медицинским картам, у них было во время госпитализации». Примерно три четверти бывших пациентов вермонтской клиники для удовлетворения своих насущных ежедневных потребностей сегодня не нуждаются в помощи или нуждаются в ней в самой незначительной степени.

У большинства больных шизофренией пациентов «позитивные» симптомы, выражающиеся в галлюцинациях, бреде, мыслительных расстройствах, с возрастом уменьшаются. У человека, который в 25 лет очень сильно страдал от подобных симптомов, в 50 лет они могут проявляться очень незначительно. Это похоже на то, как будто болезнь выгорела дотла, и с течением времени ее первоначальное буйство

утихло, оставив лишь отдельные шрамы. Кроме того, пациенты постепенно привыкают жить со своим заболеванием, не замечать «голосов» и не реагировать на них в присутствии посторонних.

В литературе эти остаточные фазы шизофрении описаны довольно подробно в виде хронического дефектного состояния. Вот пример из одного учебника:

> У пациента, независимо от того, где он находится — в клинике или дома, наступает «внутреннее согласие с заболеванием». Он с большим или меньшим успехом адаптируется к своим безумным идеям как с точки зрения своего внутреннего состояния, так и с точки зрения посторонних. По сравнению с приступами острого психоза, его «позитивные» симптомы (бред и галлюцинации) становятся бледнее, более формализованными. Они по-прежнему имеют над ним власть, но ничего нового к ним не добавляется, ничего нового или неожиданного не происходит. «Негативные» симптомы (мыслительные расстройства, пассивность, кататоническое поведение и притупление эмоций) выравниваются, становятся даже привычными и проявляются в неизменных моделях поведения данного человека. Могут наблюдаться роботоподобные действия, неадекватное восприятие и реакции, которые являются следствием не только оскудения мысли, но и чрезвычайно небольшого выбора способов поведения.

Несмотря на все закономерности, встречаются и исключения, так что исход в каждом конкретном случае может быть непредсказуемым. Иногда некоторых пациентов острые симптомы их болезни преследуют всю жизнь. Например, у меня был пациент, мужчина 75 лет, которого галлюцинации преследовали ежеминутно каждый день в течение пятидесяти лет. Его болезнь не поддавалась никаким методам лечения. Конечно, такие пациенты встречаются крайне редко, но все-таки бывают.

Сегодня стало довольно модным приписывать многие шизофренические симптомы воздействию лекарственных препаратов. На самом деле общая клиническая картина заболевания в наши дни ничем не отличается от той, что была описана до открытия этих лекарств и их внедрения в медицинскую практику. Конечно, применяемые в психиатрии лекарственные препараты могут давать определенный депрессивный эффект, особенно у пожилых пациентов, но это составляет совершенно незаметную долю в тех явлениях, которые имеют место в каждой психиатрической палате.

Аналогичным образом многие симптомы на поздних стадиях шизофрении приписывают угнетающему действию длительного пребывания в клинике, и хотя этот фактор следует принимать во внимание, в целом роль его невелика. В какой-то мере подобные симптомы могут наблюдаться у хронически больных вследствие общей депрессии и чувства безнадежности от того, что они обречены пребывать в клинике, и это тоже нужно принимать во внимание. И все-таки подавляющее большинство клинических симптомов, наблюдающихся у больных шизофренией на поздних стадиях, связано непосредственно с самим заболеванием и его воздействием на мозг.

Как можно видеть из приведенной выше схемы, спустя тридцать лет после начала заболевания лишь 10 процентов пациентов будут нуждаться в госпитализации (или специализированном уходе). Подавляющее большинство больных могут жить в обществе, и лишь 15 процентам требуется наличие определенной системы поддержки и ухода.

Одной из загадок, мучающих в последние годы специалистов в области психиатрии, является вопрос, куда подевались все больные шизофренией. Сравнение данных по числу выписанных из клиник больных с числом пациентов, получающих амбулаторное лечение, неопровержимо свидетельствует, что примерно половина больных исчезли неизвестно куда. Ответ заключается в том, что эти «исчезнувшие» пациенты живут среди нас, большинство из них не принимают никаких лекарств и с большей или меньшей степенью успешности приспособились к жизни в обществе. Обследование в Балтиморе, например, показало, что примерно половина больных шизофренией не получают из психиатрических лечебных учреждений никаких лекарств или медицинской помощи. Вот история одного из таких пациентов:

> Из своего домишки-развалюхи был насильственно извлечен семидесятидвухлетний затворник. Когда ему было двадцать лет, он дважды помещался в психиатрическую лечебницу с диагнозом шизофрении, некоторое время проработал клерком, а затем вернулся к своим престарелым родителям. После их смерти он остался жить в их доме и тридцать лет просуществовал на пособие по социальному страхованию. В его доме не было электричества и канализации, комнаты до потолка были забиты старыми газетами. Пищу себе он готовил на печке, никого не беспокоил и ни о чем не просил — лишь бы его оставили в покое.

С одной стороны, подобная независимость и способность справляться одному со своей болезнью может вызывать уважение. Однако можно лишь сожалеть о том, насколько более полной жизнью мог бы жить этот человек, если бы ему оказывался специализированный, хорошо организованный уход со стороны реабилитационных служб.

На очень многие вопросы относительно долгосрочного прогноза течения шизофрении у нас до сих пор нет ответов. Могут ли частые обострения шизофрении усилить повреждения мозга? Насколько на долгосрочное развитие этого заболевания влияют различные программы реабилитации, в рамках которых людям предоставляется работа и возможность общения? Какими бы серьезными эти вопросы ни были, в поиске ответов на них пока что не заметно никакого особенного прогресса.

Почему больные шизофренией умирают в молодом возрасте?

То, что в среднем больные шизофренией умирают в более молодом возрасте, чем здоровые люди, уже вполне доказано. В промежутке между 1989 и 1991 годами были опубликованы три работы, согласно которым общая смертность среди больных шизофренией «примерно в два раза превышает смертность среди остальной части населения» — первая работа, «в три раза выше» — вторая работа, «у мужчин она выше в 5,05 раза, а у женщин — в 5,63 раза» — третья работа, чем можно было бы ожидать, исходя из статистической вероятности. Наиболее сильно на эти показатели влияет количество самоубийств, число которых среди больных шизофренией в 10-13 раз превышает их уровень среди остальной части населения (этот вопрос мы подробнее обсудим в главе 9). Кроме самоубийств, конечно, на эти показатели влияет и большое количество других факторов.

Несчастные случаи

Хотя больные шизофренией не так часто садятся за руль, как другие люди, объективные данные свидетельствуют, что

среди них на каждую милю проделанного пути приходится в два раза больше аварий и несчастных случаев. Большое, но точно не известное число больных шизофренией входит в число сбитых машинами пешеходов: так, например, один мой пациент ни с того ни с сего вдруг сошел с тротуара прямо под подъезжавший автобус. Путаница в мыслях, бред, отвлечение внимания на слуховые галлюцинации — все это вносит свою лепту в смертность от несчастных случаев.

Болезни

Существуют некоторые данные, что больные шизофренией более подвержены инфекционным заболеваниям, сердечным приступам, диабету (II типа, с возникновением в зрелом возрасте), раку молочной железы у женщин — и все эти обстоятельства могут увеличивать уровень смертности. Заболевшие шизофренией менее способны описать врачу симптомы своего недомогания, а медицинский персонал может пренебрегать их жалобами, предполагая, что они являются следствием их основного заболевания. Имеются доказательства и того, что у больных шизофренией повышен болевой порог, так что они иногда могут не жаловаться на определенные симптомы вплоть до того момента, когда болезнь станет уже не излечима.

В некоторое противоречие с данными о повышенной смертности среди больных шизофренией вступают свидетельства о том, что шизофреники менее подвержены заболеванию раком легких (смотри главу 9), раком предстательной железы, диабетом (I типа, с возникновением в молодом возрасте) и ревматоидным артритом (смотри главу 6). Данные о раке предстательной железы особенно интересны, так как в одной из недавних работ обнаружена связь между лечением повышенными дозами антипсихотических средств и снижением уровня заболеваемости этим видом рака.

Бездомность

Хотя это и не подтверждено статистическими данными, похоже, что бездомность больных шизофренией повышает их подверженность несчастным случаям и различным заболева-

ниям. В одной из недавних английских работ в течение полутора лет наблюдались 48 бездомных, хронически больных шизофренией. К концу этого срока трое из них умерли вследствие заболевания (сердечного приступа, удушья в ходе эпилептического припадка и аневризмы аорты), один был сбит машиной и скончался на месте происшествия, а трое просто исчезли из поля зрения, оставив все свои вещи и одежду. Различные разрозненные сообщения по Соединенным Штатам дают основания предполагать, что в США смертность среди бездомных шизофреников должна быть исключительно высокой. Так, например, в штате Оклахома одну женщину выпустили из психиатрической клиники в январе, после чего она нашла прибежище на заброшенной птицефабрике, где замерзла, и ее тело было найдено только через два года. В штате Виргиния останки одной серьезно психически больной женщины были найдены через год после того, как она была, по всей видимости, убита. Я могу с уверенностью предсказать, что когда мы наконец проведем серьезное исследование уровня смертности среди бездомных больных шизофренией, то его результаты будут просто шокирующими.

Глава 6

Что вызывает шизофрению?

Что-то со мной произошло, не знаю что. Все, что когда-то было моим «я», перепуталось, возникло существо, о котором я ничего не знаю. Для меня это какая-то незнакомка, по сравнению с «я» которой мое старое родное «я» — это все равно что прокисшее молоко. А ее мысли? Они просто ужасны! Имя ей — безумие. Оно родное дитя сумасшествия, и если верить доктору, и то, и другое родились в моем собственном мозге.

Лара Джефферсон. Вот мои сестры

1990-е годы были торжественно провозглашены Десятилетием Мозга. Время для этого было выбрано вполне подходящее, так как мы живем в период бурного развития биологических наук, воздействие которых на изучение шизофрении очень велико. С каждым годом мы все больше узнаем о деятельности мозга, как нормальной, так и ненормальной. Мозг больных шизофренией понемногу начинает отдавать исследователям свои тайны. Есть определенные основания надеяться, что при некоторой доле удачи к концу этого десятилетия произойдет значительный прорыв в познании причин шизофрении и способов ее лечения.

Перед тем как продолжить обсуждение нарушений деятельности головного мозга у больных шизофренией, следует, однако, познакомиться с устройством нормального головного мозга — грибоподобного органа со стволом, который сужается в расположенный вдоль позвоночника спинной мозг (рис. 4). Весь головной мозг разделен глубокой продольной щелью на два полушария, в каждом из которых выделяют четыре доли (лобную, теменную, затылочную и височную). Дно продольной щели упирается в мозолистое тело, состоящее из большого числа нервных волокон поперечного направления, проникающих в правое и левое

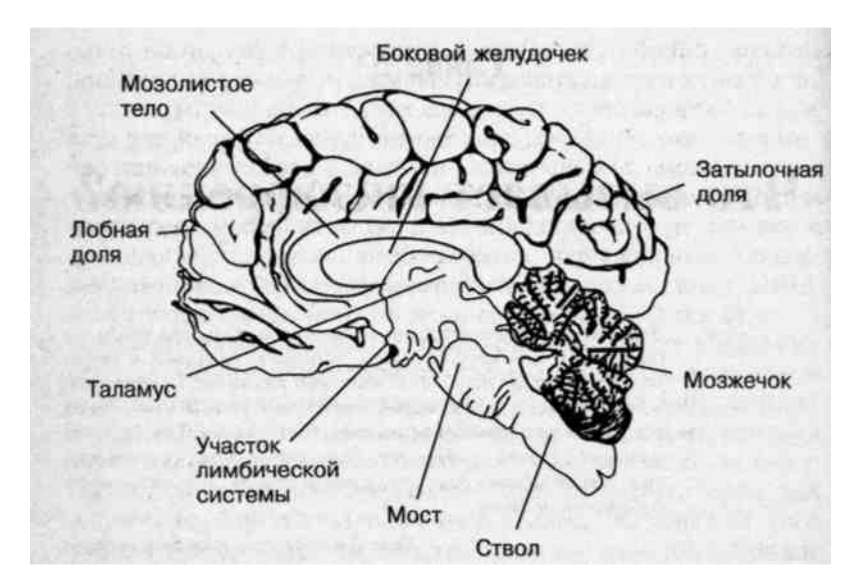


Рис. 4. Расположение в головном мозге лимбической системы.

полушария мозга. Четыре доли головного мозга отвечают за "координацию мышечных сокращений, мыслительный процесс, память, язык и речь, слух и зрение. Сейчас уже доказано, что два полушария головного мозга неодинаковы: у большинства людей левое полушарие отвечает за речь и логическое мышление, тогда как правое полушарие — за обеспечение процессов восприятия, ориентировку в пространстве и художественное мышление.

Все четыре доли головного мозга сходятся у основания мозолистого тела, где расположены таламус, гипоталамус, гипофиз, лимбическая система, базальные ганглии (нервные узлы, находящиеся в основании мозга), средний мозг и продолговатый мозг (ствол головного мозга, переходящий в спинной мозг). Именно в этой области осуществляется контроль за всеми главнейшими жизненными функциями организма (сердечная деятельность, дыхание, пищеварение, работа эндокринной системы), в ней также осуществляется своего рода фильтрация всех входных и выходных сигналов, поступающих в большой мозг и выходящих из него.

Позади этой области находится мозжечок, который не только участвует в координации мышечных движений, как полагали раньше, но и взаимодействует со стволом мозга.

Весь мозг размещается в черепе и для большей защиты покрыт тремя мозговыми оболочками и слоем ликвора (церебральной жидкости). Ликвор циркулирует по всему мозгу и поступает в центральные его области через связанные между собой каналы, которые расширяются в желудочки мозга. Именно потому, что мозг так хорошо защищен, мы и знаем так мало о нем самом и его болезнях. Высказывалось даже предположение, увы, фантастическое, что если бы мы сумели убедить мозг поменяться местами с печенью, то тогда смогли бы разобраться в его функционировании и причинах возникновения шизофрении.

Работа мозга осуществляется благодаря взаимодействию примерно пятидесяти миллиардов нервных клеток (нейронов). У каждой клетки есть отростки, позволяющие ей принимать и получать сигналы от других клеток, причем каждая нервная клетка может принимать сигналы примерно от десяти тысяч других. Эти отростки физически не касаются друг друга, их взаимодействие осуществляется с помощью химических «гонцов», называемых нейротрансмиттерами (медиаторами), которые передают сигнал с отростка одной нервной клетки на отросток соседней. Сегодня нам уже известно о существовании более шестидесяти различных типов нейротрансмиттеров, и, похоже, что их число этим не ограничивается. Некоторые из этих нейротрансмиттеров, такие, как дофамин, норадреналин, серотонин, ГАМК (гамма-аминомасляная кислота) и эндорфины представляют огромный интерес для исследователей шизофрении.

Что нам известно

Шизофрения — болезнь головного мозга

То, что шизофрения является заболеванием головного мозга, никак нельзя считать новейшим открытием. В 1764 году Вольтер писал, что «лунатизм — это болезнь, которую вызывает больной мозг, так же как подагра вызывает боли в

ногах и руках... у людей может быть подагра в голове, так же как в ногах». В девятнадцатом веке было широко распространено мнение, что безумие — это именно болезнь мозга. Например, Вильгельм Гризингер, один из самых уважаемых психиатров того времени, в 1860 году писал: «Психиатрия и невропатология не просто тесно связаны между собой, они занимаются почти что одной областью знаний, где говорят на одном языке и где царствуют одни и те же законы».

Только в двадцатом веке большинство психиатров ушли в область фрейдистских сказок (смотри ниже), посчитав, что представление о шизофрении как о заболевании мозга исчерпало себя. В настоящее время это как бы стало повторным открытием, с такими убедительными доказательствами, что не признающие этого специалисты по психическим заболеваниям либо долго пробыли где-нибудь в Непале, либо из специальных журналов читают только «National Geographic»[1]. Фактически тех психиатров, которые не признают шизофрению заболеванием головного мозга, следует считать некомпетентными до тех пор, пока они не сумеют доказать обратное.

Убедительное доказательство того, что шизофрения — это болезнь мозга, основано на изучении структуры головного мозга и его деятельности. Проведенные в этом направлении работы выявили ряд фактов, о которых следует рассказать отдельно.

Изучение мозга методом ядерно-магнитного резонанса

Метод ЯМР, основанный на получении изображений головного мозга при помощи магнитных полей и радиоволн, был открыт в 80-х годах нашего века и стал большим подспорьем в изучении шизофрении. Полученные с его помощью изображения в десятки раз точнее тех, что дает метод компьютерной томографии, использовавшийся в 70-х годах, и в сотни раз точнее изображений, получаемых с помощью

1. Наиболее ходовое на Западе научно-популярное издание типа « Вокруг света» *(прим. перев.)*.

пневмоэнцефалографии, которая применяется еще с 20-х годов.

К обнаруженным в последнее время изменениям структур головного мозга, свойственным шизофрении, можно отнести расширение (от небольшого до значительного) бокового и третьего желудочков мозга, откуда поступает ликвор (рис. 5). Такое расширение выявляется у многих, но не у всех пациентов, причем оно свойственно не только шизофреническим больным. Его можно обнаружить у больных с маниакально-депрессивным психозом, опухолью мозга, инсультом, болезнью Альцгеймера и другими заболеваниями мозга, так что оно не может быть использовано в качестве диагностического фактора при шизофрении. Данные магнитно-резонансного обследования впервые поступивших шизофренических пациентов еще до приема ими каких-либо психотропных лекарственных препаратов свидетельствуют о такой же степени расширения желудочков, как и у пациентов, применявших указанные лекарства, так что это расширение, похоже, является постоянным и не меняется в ходе заболевания.

Другие нарушения структур головного мозга не так заметны, как расширение желудочков, но могут иметь более непосредственное отношение к заболеванию шизофренией. Так, при шизофрении наблюдается небольшое, но вызывающее серьезные последствия уменьшение массы мозговой ткани как в целом, в виде общей атрофии, так и, что особенно заметно, в таких структурах лимбической системы, как гиппокамп и миндалевидное ядро. Например, при обследовании 27 пар однояйцевых близнецов, где один близнец был болен шизофренией, а второй — нет, в 80 процентах случаев у больных было выявлено уменьшение гиппокампа и миндалевидного ядра. Следует отметить, что это уменьшение массы мозговой ткани не очень велико, в среднем оно составляет от 10 до 15 процентов, но, вероятно, является частью общего процесса заболевания.

Методом ЯМР изучаются и другие пораженные при шизофрении структуры головного мозга. Особенно многообещающими представляются ЯМР-изображения структур головного мозга в трех проекциях, выполняемые на основе передовых компьютерных технологий, и в скором времени нас, похоже, ожидают крупные открытия в области анатомических изменений головного мозга при шизофрении.

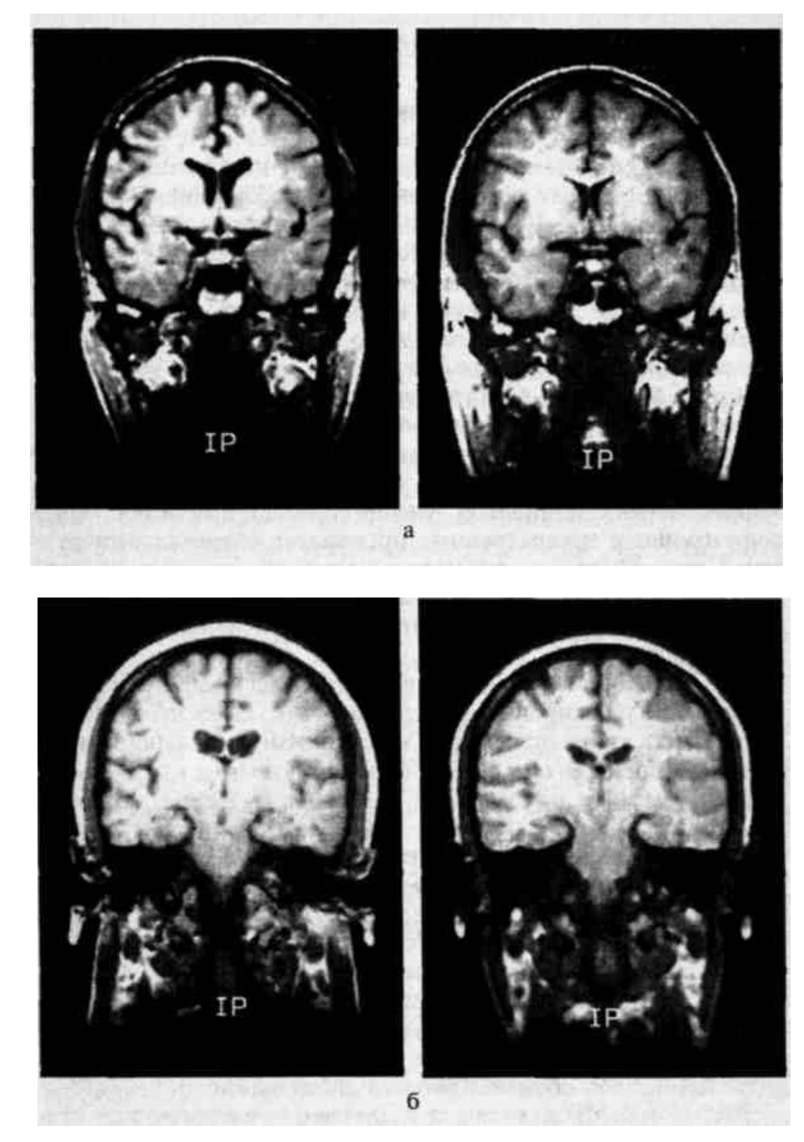


Рис. 5. ЯМР-изображения головного мозга двух пар однояйцевых близнецов, один из которых болен шизофренией (слева), а второй — нет (справа). У больных наблюдается расширение мозговых желудочков в форме бабочки. а — мужчины, 34 года; б — женщины, 35 лет.

Гистологические изменения

При исследованиях методом ядерно-магнитного резонанса оцениваются видимые изменения в структурах головного мозга у живых пациентов с шизофренией, но многие изменения тканей мозга выявляются только путем патологоанатомического гистологического исследования тканей мозга под микроскопом. Во многих работах указывается на уменьшение в некоторых областях мозга количества нейронов или на ненормальное развитие клеток. Подобные нарушения зафиксированы в различных областях головного мозга, включая гиппокамп, таламус и различные зоны коры головного мозга — обонятельную, двигательную, префронтальную и другие (рис. 6).

Очень важно ответить на вопрос, являются ли эти гистологические изменения следствием заболевания шизофренией или они вызваны теми лекарственными препаратами, которые применялись для ее лечения. Сейчас уже завершены некоторые из исследований тканей мозга, взятых у больных шизофренией, скончавшихся еще до начала 50-х годов, когда впервые стали использоваться антипсихотические лекарства. Результаты этих исследований говорят о тех же изменениях мозговой ткани, что имеются и у пациентов,



Рис. 6. Сравнение под микроскопом одних и тех же участков головного мозга у представителя контрольной группы (слева) и больного шизофренией (справа) показывает ненормальное развитие гиппо-кампа. Именно подобные факты убедили многих ученых в том, что некоторые случаи шизофрении вызваны возникшими в раннем детстве изменениями в структурах головного мозга.

получавших антипсихотические средства. Примером подобных работ может служить исследование, проведенное в Германии д-ром Бернгардом Богертсом и его коллегами. Исследовав образцы мозговой ткани 13 пациентов, умерших еще до появления антипсихотических лекарственных препаратов, д-р Богертс отметил, что «по сравнению с контрольной группой отмечено значительное уменьшение височных лимбических структур (гиппокампа, миндалевидного ядра и парагиппокампальной извилины)».

Еще один важный вопрос — представляют ли пациенты с подобными морфологическими и гистологическими изменениями особую клиническую подгруппу пациентов или они входят в общую группу шизофрении? Например, могут ли определенные структурные изменения быть связаны с теми или иными симптомами — слуховыми галлюцинациями или «негативными» симптомами — или они присутствуют с разной степенью выраженности у большинства пациентов? Ответа на этот вопрос пока еще нет. О некоторых случаях подобной взаимосвязи сообщалось в научной печати, например, о корреляциях между уменьшением объема височной доли мозга и возрастанием психического дефекта или о корреляциях между сокращением массы височной извилины и силой галлюцинаций, однако в других исследованиях этих взаимосвязей обнаружить не удалось. Таким образом, имеется вероятность и того, что больные с подобными структурными нарушениями входят в общую группу шизофрении.

Нейрохимические нарушения

Результаты исследований мозговой ткани, взятой у умерших больных шизофренией, свидетельствуют о разнообразных нейрохимических нарушениях. Чаще всего выявляется увеличение рецепторов дофамина (D-2) в базальных ганглиях и других зонах мозга. Описаны, но не доказаны также изменения рецепторов серотонина, норадреналина, холецистокинина и глутамина. В отличие от данных ЯМР и гистологии, в данном случае еще не решен вопрос, появились ли эти нейрохимические нарушения вследствие шизофрении или приема пациентом антипсихотических препаратов.

Нейрохимические и гистологические данные свидетельствуют также о том, какую огромную важность для исследо-

вателей имеет возможность получения большого числа проб мозговой ткани умерших пациентов. Банки мозговой ткани созданы в клинике Маклина в Бостоне, в Калифорнийском университете, в университете Майами и Неврологическом центре НИПЗ в Вашингтоне, и они абсолютно необходимы специалистам для дальнейшего исследования как шизофрении, так и других заболеваний мозга. Важно, чтобы больные шизофренией и члены их семей поддерживали работу и развитие таких банков мозговой ткани.

Исследования мозгового кровотока методом позитронной эмиссионной томографии

В последние годы получило широкое распространение измерение регионального мозгового кровотока и метаболизма в мозге при помощи сканеров, использующих позитронную эмиссию. В этих исследованиях применяются слабые радионуклиды, которые вводятся в организм пациента через дыхательные пути (или внутривенно) и позволяют измерить метаболизм глюкозы или кислорода в отдельных участках головного мозга.

Самым доказанным метаболическим изменением у больных шизофренией является уменьшение притока крови в лобную долю головного мозга. Особенно явно оно выступает в тех случаях, когда пациента во время обследования просят выполнить некоторое действие, требующее участия лобной доли мозга. Данные, полученные в результате обследования пациентов, заведомо никогда не применявших антипсихотические средства, аналогичны результатам обследования пациентов, получавших медикаментозное лечение, так что нарушение этого метаболизма нельзя отнести на счет лекарственного воздействия. Мы исследовали мозг однояйцевых близнецов, один из которых был болен шизофренией, а второй — нет, и в каждой такой паре отмечалось уменьшение притока крови в лобную долю мозга больного. При шизофрении нарушения мозгового метаболизма могут отмечаться не только в лобной доле, но и в других областях головного мозга. В одной из работ, опубликованной 1992 году, сообщалось о подобных нарушениях в гиппокампе и парагиппокампальной области. В настоящее время разрабатываются новые технологии для изучения и измерения

происходящих в мозге процессов, основанные, в частности, на сочетании метода ЯМР с измерением мозгового метаболизма при помощи позитронной эмиссии, и эти технологии, получившие название метода функционального магнитного резонанса (ФМР), обещают в ближайшем будущем новые открытия.

Нарушения, выявляемые при помощи электроэнцефалографии

Одним из проявлений деятельности мозга является возникновение электрических потенциалов, которые можно записать с помощью наложенных на голову электродов. Было обнаружено, что общая картина электрической активности мозга больного шизофренией пациента отличается от картины, характерной для мозга здорового человека. Особенно отчетливо нарушения проявляются при регистрации так называемых вызванных потенциалов, то есть электрической активности мозга, возникающей в ответ на повторяющиеся зрительные, слуховые или соматосенсорные стимулы. Еще в начале 1970-х годов сообщалось, что у больных шизофренией отмечаются нарушения картины вызванных потенциалов, особенно компонента Р-300. При регистрации спонтанной ЭЭГ-активности примерно у одной трети больных шизофренией пациентов также отмечаются те или иные нарушения. Изменения электроэнцефалограммы у пациентов с шизофренией наблюдаются примерно в два раза чаще, чем у пациентов с манией, и в четыре раза чаще, чем у пациентов с депрессией. В обзорной работе, посвященной нарушениям электрической активности головного мозга при шизофрении, говорится, что «интерпретация большого числа данных, полученных с помощью ЭЭГ и вызванных потенциалов, подтверждает наличие заболевания мозга у многих больных шизофренией».

Неврологические нарушения

Неврологические нарушения весьма характерны для больных шизофренией. Они наблюдались задолго до появления антипсихотических лекарственных препаратов, и их наличие является несомненным указанием на ненормальное функционирование мозга. Неврологические нарушения включают в себя симптомы типа хватательного рефлекса (рефлекс,

обнаруживаемый у маленьких детей, которые автоматически смыкают ладони на любом ощущаемом ими предмете; выявлен у 6 процентов больных шизофренией) и ненормального рвотного рефлекса (выявлен у 26 процентов пациентов независимо от применения лекарственных средств). Также отмечается большое количество микросимптоматики, включая асимметрию лица, неравномерность глазных щелей, сглаживание носоглоточной складки и так далее.

В обзорной работе (1983), посвященной неврологическим нарушениям при шизофрении, Зидман на основании данных восьми исследований сделал вывод: «Частота встречаемости неврологических нарушений в исследованиях, использующих микросимптоматику, находится в пределах от 36 до 75 процентов... Вторым явным фактом является то, что у шизофреников неврологические нарушения наблюдаются более часто, чем у других психиатрических пациентов (например, с аффективными расстройствами) и представителей контрольной группы. Подобные данные имеются во всех работах, так что могут считаться вполне убедительными». После 1983 года в этой области было проведено еще, по крайней мере, 15 исследований, данные которых также свидетельствуют о том, что невропатологические признаки чаще встречаются у больных шизофренией, чем у представителей контрольной группы, причем в большинстве работ микросимптоматика наблюдается у 50-60 процентов пациентов.

Важным обстоятельством в неврологических исследованиях шизофрении является учет действия антипсихотических лекарств. Так как хорошо известно, что эти лекарства могут вызывать у многих пациентов тремор, двигательные расстройства и другие неврологические нарушения, иногда достаточно серьезные, то часто считают, что все подобные невропатологические признаки у больных шизофренией вызваны именно побочным действием лекарственных препаратов. В противовес этому утверждению в некоторых исследованиях было показано, что такие же нарушения наблюдаются и у пациентов, не принимавших никаких антипсихотических препаратов. Таким образом, становится ясно, что многие характерные для больных шизофренией неврологические нарушения обусловлены самим заболеванием, а многие могут являться побочным действием медикаментозного лечения.

Глазные нарушения

Эти нарушения могут рассматриваться тоже как своего рода невропатологический признак, хотя обычно их исследуют отдельно друг от друга. Подобные нарушения были зафиксированы у больных шизофренией еще в начале нашего века и включают в себя ненормальную частоту моргания, нарушения зрительных рефлексов и необычные движения глаз. Нарушения в движении глаз отмечаются у 50-85 процентов пациентов, они активно изучались, и было обнаружено, что такие нарушения могут встречаться и у некоторых родственников больных. В связи с этим высказывалось предположение о том, что перечисленные нарушения глазодвигательной активности могут являться одним из показателей генетической предрасположенности к шизофрении, хотя некоторые данные говорят не в пользу такой интерпретации. В любом случае глазные нарушения являются еще одним свидетельством расстройства мозговой деятельности при заболевании шизофренией.

Нейропсихологические нарушения

Регистрация нейропсихологических нарушений при шизофрении может рассматриваться как еще один способ количественно зафиксировать неправильное функционирование головного мозга. С помощью нейропсихологических тестов измеряют такие показатели, как степень умственного развития, пространственное зрение, концентрация внимания, память, способность к решению задач и формированию понятий. По результатам применения подобных тестов к изучению больных шизофренией имеется обширная литература, и вывод, который можно сделать на основании накопленных данных, был сформулирован в обзорной статье, написанной с использованием материалов более чем ста работ: «Хронически больные шизофренией могут считаться лицами с нарушениями в деятельности головного мозга, поскольку их показатели ничем статистически не отличаются от результатов тестирования лиц с тяжелыми черепно-мозговыми травмами... Степень нейропсихологических нарушений может быть оценена от слабой до средней; они являются скорее диффузными или билатеральными, чем локализованными».

Следует особо отметить, что шизофрения затрагивает лишь некоторые когнитивные процессы, практически не действуя на другие. К наиболее часто подверженным влиянию шизофрении психическим функциям относятся эмоции, внимание, воля, способность к решению задач и способность к абстрагированию. Похоже, что примерно у трех четвертей больных шизофренией наблюдается то или иное измеримое нарушение психических функций, хотя в большинстве случаев степень этих нарушений находится в пределах от слабой до средней. Эти нарушения никак не связаны с применением антипсихотических лекарственных препаратов, напротив, часто с их помощью может быть достигнуто даже некоторое улучшение. Тем не менее даже после медикаментозного лечения у больных шизофренией продолжают наблюдаться расстройства психических функций, что затрудняет подбор для них подходящего места работы или учебы. В обзорной статье (1991), посвященной этой теме, Гольдберг делает вывод: «Скорее всего расстройства в области когнитивных функций и переработки информации являются решающим ограничительным фактором в темпах лечения и реабилитации больных шизофренией».

У большинства пациентов тип когнитивных нарушений легче всего выявляется при тестировании их способности к абстрагированию. Эти способности можно проверить, попросив человека объяснить смысл нескольких поговорок, что мы и проделали в нашем исследовании однояйцевых близнецов, один из которых был болен шизофренией, а другой — нет. Мы получили следующие ответы на вопрос относительно смысла поговорки «Живя в стеклянном доме, не бросайся камнями»:

Здоровый близнец	*Близнец, больной шизофренией*
«Не делай того, что противоречит твоим принципам»	«Если бросить камень, то это может разбить стеклянный дом»
«Не суди других до тех пор, пока не узнаешь их ситуацию»	«Если ты не хочешь разрушить свой дом, ты не должен бросаться камнями»

Подводя итог, можно сказать, что сегодня точно доказано: шизофрения — это органическое заболевание головного мозга. Ядерно-магнитный резонанс, гистологические и

нейрохимические исследования структур головного мозга и мозгового кровотока, данные электроэнцефалографии, невропатологии, офтальмологии, нейропсихологические исследования деятельности мозга — все указывает именно на это. Многие исследования были выполнены на пациентах, никогда не принимавших антипсихотические лекарственные препараты, доказав тем самым, что эти нарушения вызваны собственно заболеванием, а не являются следствием применения тех или иных лекарств. Шизофрения — это такая же болезнь мозга, как рассеянный склероз, болезнь Паркинсона или болезнь Альцгеймера. Сегодня доказано, что бытовавшее в прошлом представление о шизофрении как о «функциональном расстройстве», в отличие от «органического», не точно, шизофрения вполне может быть отнесена в разряд органических заболеваний.

Прежде всего поражается лимбическая система и ее функции

В начале нашего столетия, когда ученые начали искать в мозговой ткани больных шизофренией свидетельства повреждений, они рассматривали в основном только поверхностные слои головного мозга (то есть кору). В то время считали, что все наиболее важные функции мозга сосредоточены именно там. Лимбическая система, расположенная в глубине, ближе к центру головного мозга, считалась чем-то реликтовым, доставшимся нам в наследство от обонятельной системы наших далеких предков.

Сегодня эти представления изменились самым радикальным образом. Лимбическая система теперь считается своего рода воротами, через которые должно пройти большинство сигналов, поступающих от внешних раздражителей. Она выполняет «функции отбора, обобщения и унификации, с помощью которых отдельные впечатления приводятся в соответствие с окружающей действительностью и осуществляется адекватная этой действительности деятельность». По мнению д-ра Пола Маклина, «отца» современных представлений о лимбической системе, «она в состоянии приводить в соответствие любые формы внешнего и внутреннего восприятия».

Все это происходит в анатомически очень небольшой области. К главным структурам лимбической системы относятся миндалевидное ядро, гиппокамп, гипоталамус, обонятельная область, кроме того, в лимбическую систему входят смежные области лобной и височной долей. Тем не менее лимбическая система имеет непосредственную связь со всеми зонами головного мозга, включая верхнюю часть ствола и мозжечок. Кроме того, ученые уже поняли, что головной мозг работает как сложная функционально независимая система, и повреждение любой из его структур может вывести эту систему из строя целиком. Можно провести аналогию с электрической проводкой и коротким замыканием: короткое замыкание может произойти в любом месте проводки, но результат будет один и тот же.

Существуют убедительные свидетельства в пользу того, что именно в лимбической системе происходят патологические явления во многих, если не в большинстве случаев заболевания шизофренией. У животных нарушения В работе лимбической системы приводят к неадекватному поведению, серьезным изменениям эмоциональных реакций и неспособности воспринимать множественные зрительные стимулы. У человека эти нарушения, кроме перечисленных последствий, могут приводить и к расстройствам ощущений, бреду, галлюцинациям, потере ощущения своего «я» (чувству деперсонализации) и кататоническому поведению. Короче говоря, описанные во второй главе шизофренические симптомы являются логическим следствием расстройства деятельности лимбической системы — в той мере, в какой мы ее знаем.

Заболевания головного мозга, затрагивающие лимбическую систему, также, с большой вероятностью, могут вызывать симптомы, сходные с шизофреническими. Подобные симптомы, например, наблюдаются, когда в области лимбической системы возникает опухоль. В некоторых работах отмечается, что при заболевании энцефалитом шизофренические симптомы наблюдаются в тех случаях, когда поражается лимбическая система. Аналогичным образом эпилепсия с большей вероятностью сопровождается подобными симптомами в том случае, когда ее очаг находится вблизи структур лимбической системы.

Наиболее убедительные доказательства взаимосвязи шизофрении с лимбической системой были получены из работ по электроэнцефалографии. В Новом Орлеане Роберт Хит и его коллеги провели серию исследований, в ходе которых . было обнаружено, что у пациентов с шизофренией имеют место отклонения в общей картине ЭЭГ-активности лимбической системы. Его результаты были затем подтверждены, по крайней мере, тремя другими независимыми группами исследователей. Одна группа выявила в энцефалограмме 61 из 62 обследованных пациентов импульсы ненормальной структуры, причем по мере удаления электродов от лимбической области этих нарушений становилось все меньше. Другой группе ученых удалось установить взаимосвязь этих «неправильных» электрических импульсов с неадекватным поведением пациента.

В связи с этим большое значение имеет тот факт, что многие структурные изменения головного мозга, имеющие место при шизофрении, были обнаружены именно в области лимбической системы и прилегающих к ней зонах. Результаты магнитно-резонансных, гистологических и нейрохимических исследований — все свидетельствует о том, что при шизофрении изменения чаще всего происходят в лимбической системе.

Относительно возможной анатомической локализации шизофрении имеется еще одно любопытное наблюдение. В последние годы появились подозрения, что при шизофрении левое полушарие головного мозга повреждается чаще, чем правое. Косвенным указанием на это является тот факт, что у пациентов с височной эпилепсией шизофренические симптомы наблюдались чаще, когда эпилепсия затрагивала левую височную долю. Анализ данных по вызванным потенциалам, спонтанной ЭЭГ-активности, латеральным движениям глаз, слуховым нарушениям, кожно-гальванической реакции, изучение процесса переработки информации, невропатологических признаков — все свидетельствует о том, что основные проблемы при шизофрении связаны именно с левым полушарием головного мозга.

По мере появления новых фактов о повреждении мозговых структур у больных шизофренией между исследователями возникает все больше споров о том, где точно находится основной очаг (или очаги) шизофрении. У каждого

ученого есть своя «любимая» область, и огромное количество времени уходит на отстаивание своих позиций. Большинство исследователей все-таки считают, что первичный очаг расположен именно в лимбической системе, но некоторые им возражают, делая ставку на непосредственно примыкающий к лимбической системе участок лобной доли. Вместе с тем имеются и сторонники размещения очага шизофрении в области среднего мозга и мозжечка, также непосредственно примыкающих к структурам лимбической системы.

Если перевести ученые дискуссии на язык географических понятий, представьте себе, что Соединенные Штаты — это головной мозг. Тогда большинство ученых считают, что шизофрения вызывается нарушениями, расположенными в зоне большого Нью-Йорка, некоторая небольшая часть исследователей связывает ее с повреждениями в районе Балтимора, и лишь некоторые убеждены, что причину следует искать где-то около Детройта или Кливленда. Среди сторонников Нью-Йорка многие считают, что основной очаг расположен именно в исследуемых ими зонах, которые могут быть по размеру равны округам Куинс, Берген или Суффолк, или небольшим городишкам типа Хиксвилла, Нью-Рошель или Патерсона. И хотя зона поиска по-прежнему достаточна велика, тем не менее другие части страны (например, Северо-Запад и Юго-Запад) могут быть из рассмотрения спокойно исключены. В исследованиях шизофрении, точно так же как и в географии, чем больше ученых занимаются изучением той или иной области, тем больше шансов получить искомый результат.

Повреждения головного мозга могут происходить в очень раннем возрасте

Имеются данные, что некоторые случаи шизофрении связаны с повреждениями головного мозга, произошедшими в раннем детстве, иногда даже во внутриутробном периоде. При этом у данного человека шизофренические симптомы могут не проявляться вплоть до подросткового или даже юношеского возраста.

На роль периода внутриутробного развития и нескольких первых месяцев жизни ребенка как времени, когда

повреждения головного мозга могут привести к последующей шизофрении, указывают результаты исследований, проводимых в пяти разных направлениях.

1. *Работы в области мелких физических аномалий.* Мелкими физическими аномалиями считаются неочевидные, но измеримые физические отклонения головы, кистей рук и стоп, возникшие в период внутриутробного развития плода. К подобным аномалиям относят низко посаженные ушные раковины, высокое сводчатое небо, изогнутый мизинец и большой промежуток между большим и вторым пальцами ноги. Иногда такие физические недостатки наблюдаются и у нормальных людей, но чаще они присущи людям с различными мозговыми нарушениями. После 1983 года было опубликовано шесть работ, в которых приводились данные, что у больных с шизофренией, развившейся в молодом и зрелом возрасте, по сравнению с контрольной группой наблюдается ненормально большое число мелких физических недостатков. Еще в четырех работах подобные выводы были подтверждены и для случаев шизофрении с возникновением в детском возрасте, а также для детского аутизма.

2. *Работы в области дерматоглифики.* Дерматоглификой называются узоры кожного рельефа пальцев рук и ног, ладоней и стоп, сформировывающиеся к пятому месяцу беременности. Будучи своеобразным «окном в прошлое», дерматоглифика предоставляет хорошее средство для отслеживания событий, происходивших в период внутриутробного развития плода. Некоторые отклонения в рисунках отпечатков пальцев наблюдаются при различных заболеваниях, включая и шизофрению. Начиная с 1930-х годов более чем в 20 работах приводились факты, что у больных шизофренией по сравнению с контрольной группой имеются отклонения в дерматоглифических рисунках.

3. *Работы в области осложнений при беременности и родах.* Начиная с 1966 года было проведено 11 исследований с целью изучения влияния осложнений, возникающих при беременности и родах, на развитие шизофрении. В семи из них сообщалось о статистически значимых показателях увеличения вероятности возникновения шизофрении после таких осложнений, два других исследования отмечали наличие подобной тенденции, и еще в двух работах были по-

лучены данные об отсутствии корреляции между подобными осложнениями и шизофренией. Несмотря на эти факты, следует специально подчеркнуть, что не доказана прямая связь какого-либо конкретного осложнения при беременности и родах с последующей шизофренией. Также нужно отметить, что большинство женщин, у которых при беременности и родах наблюдались определенные осложнения, произвели на свет совершенно здоровых детей без всяких признаков шизофрении. Возможно, что повышенное количество отмечаемых при шизофрении подобных осложнений не вызывает шизофрению как таковую, а скорее и эти осложнения, и шизофрения вызываются одной и той же неизвестной пока причиной, например какой-либо внутриутробной инфекцией.

4. *Работы в области сезонности рождений.* Одним из наиболее четко документально подтвержденных фактов является то, что больные шизофренией чаще рождаются в зимние месяцы и в начале весны. Следует особо подчеркнуть, что это лишь статистические данные, которые ни в коем случае не могут быть отнесены к какому-то конкретному человеку. Статистически это превышение относительно контрольной группы составляет 10—15 процентов и подтверждено более чем в 50 исследованиях, проведенных в 18 различных странах. В странах Южного полушария отмечаются аналогичные закономерности. Полученный материал не оставляет места для заявлений о том, что мы имеем дело всего лишь со статистическим артефактом. Это превышение существует в действительности и теоретически может быть объяснено влиянием возбудителей инфекционных болезней, особенностей питания, температуры и других сезонно меняющихся факторов.

В одном недавнем исследовании было показано, что кривая случаев рождения мертвого ребенка (которые также статистически достоверно чаще происходят в зимние месяцы и в начале весны) очень похожа на кривую рождаемости больных шизофренией, что позволяет предположить влияние на них одних и тех же факторов. Этот факт также можно отнести и к рассматриваемому вопросу влияния на шизофрению осложнений при беременности и родах.

5. *Работы в области гистологии мозга.* Многие гистологические исследования свидетельствуют о наличии поражений тканей и структур, характер которых указывает на то, что они могли возникнуть только в период развития мозга. Таким образом, мы имеем еще одно доказательство того, что, по крайней мере, в некоторых случаях вызывающие шизофрению повреждения мозга могут происходить в самые ранние периоды жизни.

Основные теории

Теперь покинем область фактов (то есть того, что о шизофрении известно достаточно точно) и перейдем в область теорий, которыми ученые пытаются обосновать те или иные причины возникновения шизофрении. По мере накопления знаний некоторые теории теряют свою популярность и отходят на второй план, в то время как другие, напротив, приобретают приверженцев.

Все теории возникновения шизофрении можно подразделить на основные, не очень популярные и устаревшие.

Мы часто говорим, что шизофрения имеет гетерогенную природу, то есть что она делится на несколько подгрупп и может вызываться несколькими причинами. Эта оговорка содержится практически во всех современных работах, посвященных шизофрении, хотя фактически данное утверждение строго не доказано. Можно говорить и о противоположной точке зрения, а именно о том, что шизофрения вызывается одной-единственной основной причиной. Д-р Льюис Томас указал на то, что, например, сифилис, туберкулез и злокачественная анемия обладают такими запутанными симптомами и разнообразием проявлений, что в свое время некоторые ученые полагали, будто каждое из этих заболеваний представляет собой не одно, а целый ряд заболеваний, и так продолжалось до тех пор, пока не были найдены вызывающие их факторы и стало ясно, что весь спектр проявлений обусловлен единственной первичной причиной (бледной спирохетой, туберкулезной палочкой или недостатком витаминов). То, что подобным образом дело может обстоять и в случае шизофрении (а возможно,

и маниакально-депрессивного психоза), отнюдь не выходит за рамки допустимого.

Имейте в виду, что нижеперечисленные теории причин возникновения шизофрении совсем не исключают одна другую. Причина или причины шизофрении могут заключаться в одновременном влиянии различных факторов, например, генетической предрасположенности к иммунологическим и биохимическим расстройствам, в сочетании с действием какого-либо вируса на стадии внутриутробного развития.

Генетические теории

Генетические теории происхождения шизофрении можно отнести к числу наиболее старых, самых популярных и наиболее проверенных теорий. Согласно этим теориям, шизофрения является наследственным заболеванием, передаваемым одним или несколькими генами. Недавние открытия гена, передающего болезнь Гентингтона, стимулировали исследования в области наследственной передачи заболеваний в целом и наследственного характера шизофрении в частности. В подобных исследованиях изучаются семьи с несколькими больными шизофренией и ищутся гены, которые могут быть ответственными за передачу этого заболевания.

Наиболее впечатляющим свидетельством в пользу генетических теорий является тот факт, что шизофрения часто встречается в рамках отдельной семьи. Говорят, что вероятность заболевания у брата, сестры или ребенка больного шизофренией индивида составляет примерно 10 процентов, тогда как вероятность заболевания у человека, не имеющего больных родственников, — всего лишь 1,5 процента. Проведенные обследования однояйцевых близнецов свидетельствуют о том, что вероятность шизофрении у брата или сестры уже больного близнеца составляет примерно 30 процентов (в большинстве учебников говорится о 50 процентах, но это значение основано на методологически неверных предпосылках). У разнояйцевых близнецов вероятность заболевания второго близнеца при заболевшем первом составляет 10 процентов. Обследование детей, родившихся от больных шизофренией родителей, которых затем усыновили здоровые семьи, показало, что у таких детей сохраняется повышенная вероятность заболевания (10%), тогда как у

родных детей их приемных родителей эта вероятность составляет всего 1,5 процента.

Хотя практически все исследователи шизофрении принимают тот факт, что гены могут играть *некоторую* роль в развитии этого заболевания, вокруг вопроса, какую именно роль они играют, ведутся ожесточенные споры. Так, приведенные статистические данные не соответствуют закономерностям распространения наследственного заболевания ни доминантного, ни рецессивного характера. Довольно трудно понять также, почему эта болезнь вообще не вымерла — ведь у больных шизофренией уровень воспроизводства исключительно низок. Кроме того, браки между двоюродными братьями и сестрами, похоже, никак не влияют на заболеваемость — по различным данным, в регионах, где частота таких браков довольна высока, заболеваемость шизофренией не увеличивается. И наконец, нужно напомнить, что лишь у трети больных шизофренией людей в семье имелись другие случаи заболевания, что означает отсутствие больных родственников в семьях остальных двух третей заболевших шизофренией.

Одним из возможных объяснений этих фактов может быть то, что шизофрения не является наследственным заболеванием в чистом виде, а скорее ее развитие обусловлено *генетической предрасположенностью* к воздействию некоторого вызывающего ее фактора. Это ставит шизофрению в один ряд с такими болезнями, как ревматоидный артрит, инсулинзависимый диабет, рак молочной железы (у женщин), рак кишечника и многими другими. В любом случае генетическая предрасположенность к этому заболеванию проявляется лишь в том случае, если человек подвергается воздействию соответствующего фактора, но такие болезни не могут считаться собственно наследственными, так как они не передаются с помощью генов.

Дофаминовая и другие нейрохимические теории

Нейрохимические теории возникновения шизофрении восходят еще к началу нашего века и с тех пор подвергались неоднократной проверке. В последние два десятилетия ос-

новное внимание было приковано к нейромедиатору дофамину — одному из химических веществ класса катехоламинов, которые передают информацию от одних нервных клеток к другим. Дофамин попал под подозрение, так как было замечено, что большие дозы амфетаминов вызывают увеличение содержания дофамина и в то же время дают симптомы, напоминающие шизофренические. И аналогично, когда больным шизофренией дают препарат, содержащий L-дофу, то часто их состояние ухудшается. Наконец, сейчас уже известно, что лекарственные препараты, оказывающие эффективное действие при лечении шизофрении, блокируют действие дофамина. Вследствие всего этого многие ученые подозревают, что одной из причин возникновения шизофрении является именно повышение уровня дофамина. В организме человека дофамин под воздействием ферментов расщепляется на свои составляющие. Одним из этих ферментов является фермент моноаминоксидаза, сокращенно МАО, который стал главным объектом изучения. Еще одним метаболитом дофамина, также тщательно исследовавшимся, была гомованилиновая кислота (ГВК). В настоящее время в головном мозге известны, по крайней мере, шесть различных типов дофаминовых рецепторов.

При исследовании шизофрении изучались и некоторые другие нейромедиаторы, включая норадреналин, серотонин, глутаминовую кислоту, ГАМК, гистамин, ацетилхолин и нейропептиды (холецистокинин, соматостатин, нейротензин). Улучшение технической оснащенности исследований позволило повысить точность измерения концентрации этих и других химических веществ и количества их рецепторов. В настоящее время данные по этому поводу нельзя считать убедительными за исключением, пожалуй, обнаружения в некоторых зонах головного мозга повышенного количества дофаминовых (D-2) рецепторов.

Несмотря на всю свою теоретическую привлекательность, дофаминовые и другие нейрохимические теории не свободны от серьезных недостатков. Большинство исследований проводится на образцах тканей умерших пациентов, и часто бывает довольно трудно узнать, насколько серьезные химические изменения произошли в тканях после смерти человека. Известно также, что антипсихотические лекарственные препараты могут оказывать действие на химизм

мозга, и многие, казавшиеся сначала убедительными факты, как впоследствии выяснилось, были вызваны побочным действием подобных лекарств. Наиболее существенная критика дофаминовой и прочих нейрохимических теорий происхождения шизофрении состоит в том, что, по сути, эти теории не объясняют причин возникновения заболевания, а являются лишь патофизиологическими теориями, то есть объясняют только процесс развития заболевания. Предположим, что причиной шизофрении на самом деле является изменение уровня содержания дофамина, но по какой, собственно, причине этот уровень вдруг меняется? Можно сказать — генетический дефект, стресс, вирусная инфекция и так далее, но это означает только то, что мы теперь должны искать новую теорию, которая объясняла бы уже изменение уровня содержания дофамина.

Вирусные теории

В начале нашего века наблюдался повышенный интерес к поискам возможного инфекционного возбудителя шизофрении. Этот интерес сперва подогревался открытием бледной спирохеты — инфекционного возбудителя сифилиса, заболевания, также поражающего головной мозг и иногда дающего симптомы, сходные с симптомами шизофрении. Затем, во время пандемии гриппа в 1918 году, было замечено, что у некоторых больных гриппом проявлялись психиатрические симптомы, напоминавшие шизофрению или маниакально-депрессивный психоз.

Современные теории инфекционного происхождения шизофрении сосредоточены главным образом на вирусах. Как известно, вирусы могут поражать узко ограниченные участки мозга, оставляя нетронутыми другие, например, вирус бешенства и вирус опоясывающего лишая атакуют только один тип клеток в одной части центральной нервной системы. Вирусы могут также влиять на функционирование клеток мозга без изменения их структуры, например, вирусная инфекция может прерывать работу клеточных ферментов, оставляя клетки живыми без всяких видимых повреждений. Это означает, что вирусы могли бы вызывать и шизофрению, не оставляя никаких видимых под микроскопом следов своей деятельности.

Еще одним свойством вирусов, интересным с точки зрения вирусных теорий происхождения шизофрении, является тот факт, что они могут обладать длительным латентным периодом. Это свойственно многим известным сегодня вирусам, например, вирусам, вызывающим лишай, более того, существует группа так называемых медленных вирусов, которые могут ничем себя не проявлять в течение двадцати, а то и больше лет после инфицирования, и лишь затем человек заболевает. Таким образом, человек, заболевший шизофренией, теоретически мог быть инфицирован еще в период своего внутриутробного развития или вскоре после появления на свет, но его болезнь не давала о себе знать никакими видимыми симптомами вплоть до его двадцати- или, скажем, тридцатилетия.

Если действительно шизофрению могут вызывать вирусы, то очень важно точно установить критический период инфицирования. Известны вирусные заболевания, которые могут приводить к поражению головного мозга только в том случае, если они попали в мозг развивающегося плода именно на данной, а не на другой стадии его развития. Хорошим примером может служить такая болезнь, как краснуха, вызывающая задержку умственного развития, порок сердца и другие дефекты только в том случае, если она попадает в плод в течение первых трех месяцев беременности, а если она инфицирует плод всего несколькими месяцами позже, то никакого вреда здоровью ребенка, как правило, уже не наносит.

Доказательства вирусного происхождения шизофрении являются по большей части косвенными. Было достаточно ясно продемонстрировано, что, кроме вируса гриппа, существует несколько других вирусов, которые могут поражать головной мозг и иногда давать симптомы, напоминающие шизофрению. Работы, проведенные в Финляндии, Дании, Великобритании и Японии, показали также, что у женщин, подвергавшихся воздействию вируса гриппа в течение первых трех месяцев беременности, имеется большая вероятность родить ребенка, у которого впоследствии разовьется шизофрения, хотя в некоторых других исследованиях данный факт не нашел подтверждения.

Так как распространение многих вирусных заболеваний обусловлено временем года, это может служить объяснени-

ем упоминавшейся выше сезонности рождений будущих больных. Известно также, что вирусы могут вызывать некоторые физические недостатки, изменение дерматоглифики, осложнения в период беременности и родов, а также приводить к появлению на свет мертворожденных детей, что, в свою очередь, может объяснять связь всех этих явлений с шизофренией. Некоторые вирусы могут также воздействовать на метаболизм дофамина. Кроме того, доказана наследственная предрасположенность к вирусным инфекциям. Например, Абнер Ноткинс и его коллеги из Национального института здравоохранения вывели линию мышей, у которых, если им сделать инъекцию определенного вируса, развивается диабет. У другой же линии мышей при введении этого вируса диабет не развивается. Совершенно ясно, что у первой линии имеется генетическая предрасположенность к данному вирусу, которая при его появлении в организме приводит к возникновению заболевания. Эти мыши наследуют не сам диабет, а именно предрасположенность к нему. Еще одной возможной моделью «вирусного» возникновения шизофрении является передача некоего вируса вместе с геном, как это происходит при инфицировании так называемыми ретровирусами.

К недостаткам вирусных теорий шизофрении относится тот факт, что до сих пор не было обнаружено никакого конкретного вируса, вызывающего шизофрению. Исследования вирусных антител, антигенов, геномов, клеточных заболеваний, эксперименты по передаче этого заболевания на животных приводят к самым разным, часто противоречащим друг другу результатам. К наиболее перспективным последним результатам можно отнести обнаружение у некоторых больных шизофренией и маниакально-депрессивным психозом увеличения содержания антител к пестивирусам. Эта работа была выполнена в лаборатории д-ра Роберта Йолкена в университете Джона Гопкинса и представляет особый интерес, потому что хотя пестивирусы у людей никогда прежде не наблюдались, но известно, что у коров они могут вызывать микроскопические повреждения мозга, очень похожие на те, которые возникают у больных шизофренией людей. Один из возможных способов передачи этих пестивирусов человеку — это заражение через домашних кошек. Однако до тех пор, пока не будут получены

явные доказательства причастности пестивирусов или других вирусов к возникновению шизофрении, вирусные теории ее происхождения должны рассматриваться просто в ряду других основных теорий.

Теории, основывающиеся на дефектах в развитии

Подход к шизофрении как к заболеванию, вызванному дефектами развития, является относительно новым. Он появился в результате все увеличивающегося количества фактов, выявляемых с помощью магнитно-резонансных, гистологических и нейрохимических исследований, посвященных наличию физических недостатков, отпечаткам пальцев, осложнениям при беременности и родах, а также сезонности рождаемости будущих больных шизофренией. Эти данные свидетельствуют о возможности возникновения шизофрении вследствие повреждений головного мозга, имевших место на раннем этапе жизни. Согласно подобным теориям, соответствующее поражение головного мозга может быть вызвано любой из довольно длинного перечня причин, если только это поражение имеет место в определенный период развития плода или непосредственно после рождения ребенка. По словам д-ра Дэниэла Вайнбергера, одного из главных сторонников этой теории, к возможным причинам могут быть отнесены «наследственная энцефалопатия или вызванная внешними факторами травма, инфекция или постинфекционное состояние, расстройство иммунной системы, родовая травма или энцефалопатия, отравление на ранней стадии развития, первичное нарушение обмена веществ и другие события, имевшие место в раннем детстве».

Если в критическом периоде формирования головного мозга на его развитие было оказано нежелательное воздействие, то ущерб ему уже нанесен. Однако в большинстве случаев последствия травмы сразу не заметны, за исключением, может, таких слабоуловимых и неспецифичных признаков, как недостаточная координация движений или проблемы с поведением в детстве, но к тому моменту, когда мозг достигнет зрелости, могут проявиться и шизофренические симптомы.

Сильная сторона подобных теорий заключается в том, что в них учитываются самые разные аспекты этого заболевания, включая и генетический, так как развитие мозга находится под генетическим контролем. Слабость же их в том, что лишь у незначительной части больных шизофренией были в детстве отмечены какие-либо признаки расстройства деятельности мозга, что было бы странным в том случае, если бы повреждения мозга, полученные в период внутриутробного развития, действительно имелись у большинства пациентов.

Не очень популярные теории

Кроме основных теорий возникновения шизофрении, имеется еще несколько не столь популярных, не привлекающих к себе такого пристального внимания теорий.

Расстройства иммунной системы[1]

На протяжении последних 50 лет время от времени поступают сообщения о наблюдаемых у больных шизофренией расстройствах иммунной системы. По большей части в первых работах сообщалось о пониженной иммунной реакции в ответ на подкожное впрыскивание различных веществ. В последние годы появились данные о нарушениях деятельности лейкоцитов, об изменении содержания протеинов в спинномозговой жидкости, об образовании аутоантител и нарушении секреции интерферона и интерлейкина, посредством которых и осуществляется иммунная реакция организма. Некоторые из новейших открытий в этой области представляются довольно интересными.

Главная проблема в исследовании влияния иммунной системы на развитие шизофрении напоминает извечный вопрос, что первично — курица или яйцо. Является ли расстройство иммунной системы *причиной* шизофрении или это

1. Это направление в исследовании шизофрении, особенно теория аутоиммунного генеза, не является в нашей стране «не очень популярным»; оно успешно разрабатывается рядом ученых (*прим. ред.).*

просто одно из *следствий* этого заболевания? Еще одна проблема заключается в том, что некоторые антипсихотические препараты также могут вызывать изменения в деятельности защитной системы организма, так что некоторые из этих изменений могут быть отнесены на счет побочного действия лекарств. Как бы то ни было, расстройство иммунной системы по-прежнему остается многообещающим полем для исследователей шизофрении.

Вопросы питания и пищевая аллергия

Теории, связывающие возникновение шизофрении с особенностями питания, стали вызывать интерес после того, как было обнаружено, что некоторые заболевания, могущие вызывать сходные с шизофреническими симптомы (бери-бери, пеллагра, злокачественная анемия), связаны с дефицитом витаминов. С целью поиска причины шизофрении было проверено огромное количество различных пищевых, аллергических и витаминодефицитных расстройств, но с минимальным успехом. Правда, следует признать, что большинство подобных работ не имело под собой достаточной методологической основы. В 50-х годах доктора Хемфри Осмонд и Абрам Хоффер начали лечить больных шизофренией большими дозами витаминов и минеральных веществ, объявив о достижении значительного успеха. Их заявление, однако, не было подтверждено серьезными доказательствами. Лечение шизофрении с помощью витаминов и минеральных веществ стало известно как ортомолекулярная психиатрия и пользуется поддержкой Американской ассоциации больных шизофренией и членов их семей.

В настоящее время большинство исследователей шизофрении не считают вопросы питания и пищевых аллергий многообещающей областью для научного поиска. По мнению большинства из них, ортомолекулярная психиатрия — это нечто близкое различным изощренным диетам, переходящим в своеобразный культ, не достойное серьезного внимания. Об этом приходится только сожалеть, так как известны случаи, когда в состоянии некоторых конкретных пациентов благодаря специальным режимам питания наступили существенные улучшения. Возможно, что на самом

деле имеется некоторая подгруппа больных шизофренией, чье заболевание связано именно с режимом питания.

Расстройства эндокринной системы

Интерес к поражению эндокринной системы как к возможной причине шизофрении связан с имеющимися данными о том, что при некоторых нарушениях деятельности щитовидной железы и надпочечников проявляются психиатрические симптомы, близкие к шизофреническим. Также можно отметить, что возникающий иногда послеродовой психоз отчасти относят на счет сильных гормональных изменений, происходящих в организме матери. Подобные наблюдения привели некоторых ученых к предположению, что какие-то тонкие расстройства в работе эндокринной системы могут влиять на возникновение шизофрении.

Одним из свидетельств в пользу такой точки зрения является тот факт, что у больных шизофренией наблюдается *полидипсия* — повышенная потребность в воде. Потребление воды связано с гормонами задней доли гипофиза. Передняя доля гипофиза также может иметь отношение к шизофрении, поскольку у некоторых пациентов при приеме апоморфина (лекарства, стимулирующего выделение дофамина) изменяется секреция ее гормона. Также были получены данные о том, что у больных шизофренией отмечено изменение уровней репродуктивных гормонов (лютеинизирующего и фолликулостимулирующего), которые выделяются передней долей гипофиза. Хорошо известно, что у некоторых пациенток происходит задержка менструального цикла. Тот факт, что у некоторых больных применение инсулиновой терапии привело к быстрому улучшению их состояния, подогрел интерес к метаболизму инсулина, и были даже сделаны заявления, что у диабетиков первого типа (инсулинзависимых) шизофрения встречается реже статистически ожидаемого, тогда как у диабетиков второго типа (инсулиннезависимых) — чаще ожидаемого. Проводились также активные исследования возможной роли эпифиза в возникновении шизофрении, но на данный момент общее мнение таково, что его влияние на это заболевание незначительно.

Какую роль играет расстройство эндокринной системы в развитии шизофрении, в настоящее время еще до конца не ясно. Это расстройство может представлять собой ответную реакцию на стресс, обусловленный самим фактом заболевания, или быть следствием медикаментозного лечения антипсихотическими препаратами. Не исключено, что расстройство эндокринной системы окажется одним из проявлений собственно заболевания, и это не вызовет особого удивления, так как гипоталамус, контролирующий большинство функций эндокринной системы, находится в непосредственной близости к лимбической системе и тесно с ней связан.

Взаимоисключение шизофрении и ревматоидного артрита

Одним из самых необычных, но вместе с тем и наиболее доказанных фактов является то, что шизофрения редко встречается у больных ревматоидным артритом. Первые сообщения об этом датируются еще 1936 годом. С тех пор было проведено 14 независимых друг от друга исследований, в 12 из которых сообщалось о более низкой, чем ожидалось, заболеваемости шизофренией среди больных ревматоидным артритом. Если взять три наиболее безупречных, с методологической точки зрения, работы, то в двух из них среди соответственно 111 и 301 больного артритом не было выявлено ни одного человека, страдающего шизофренией; в третьей работе также отмечается низкая заболеваемость шизофренией в группе больных артритом.

Существует еще целый ряд наблюдений, которые делают отмеченную обратную зависимость между шизофренией и ревматоидным артритом еще более интересной. Ни то, ни другое заболевание до начала девятнадцатого века не было точно описано. Для человека вероятность заболеть и тем, и другим заболеванием в течение жизни составляет около одного процента; заболеваемость среди однояйцевых близнецов и в том, и в другом случае составляет около 30 процентов (то есть если заболевает один из близнецов, то второй тоже заболевает примерно в 30 процентах случаев). Оба эти заболевания более свойственны городским жителям, в отличие от обитателей сельских районов. Единствен-

ной существенной разницей между ними является то, что женщины болеют ревматоидным артритом примерно в три раза чаще мужчин.

Для объяснения такого взаимоисключения предлагались самые разные гипотезы, но ни одна из них так и не была доказана. Возможно, что здесь играют роль какие-то генетические факторы, делающие человека восприимчивым к шизофрении и в то же время устойчивым по отношению к ревматоидному артриту. В качестве претендентов на роль решающего фактора различными исследователями предлагались и биохимические соединения, включая простагландины, некоторые жирные кислоты, бета-эндорфины и триптофан. Объяснить данное обстоятельство можно и с помощью вирусных теорий: если оба эти заболевания вызываются вирусами одного и того же типа, то, будучи инфицированным одним вирусом, человек может получить иммунитет к другим вирусам такого типа. Самым притягательным в этой проблеме кажется то, что если мы разгадаем загадку одной из этих болезней, это может помочь нам решить и проблему второй.

Стресс

Стресс как причина возникновения шизофрении отнесен к не самым популярным теориям, поскольку его роль и так отмечается некоторыми генетиками и сторонниками теорий дефектов развития, а также потому, что значение стрессовых ситуаций особо подчеркивается во многих учебниках по психиатрии. В этой главе мы уже касались влияния стресса на возникновение шизофрении, в главе 10 мы поговорим о стрессе как факторе, способствующем рецидивам. Убеждение, что стресс может вызывать шизофрению, имеет давнюю историю, и стрессообразующие факторы типа «разочарования в любви» еще в XIX веке регулярно назывались в числе возможных причин шизофрении. Дополнительный толчок стрессовые теории получили в ходе последних войн, когда было замечено, что некоторые солдаты, подвергавшиеся чрезвычайному стрессу на поле боя, могли испытывать внезапные психотические расстройства (смотри главу 4), несколько напоминавшие шизофрению.

С тех пор как в 1968 году Браун и Берли опубликовали свою статью, где говорилось о том, что причиной возникновения шизофрении может являться жизненный стресс, появились еще как минимум 13 других работ в этой области. В трех из них точка зрения Брауна и Берли разделялась, но в остальных она подтверждения не нашла. В 1980 году Рабкин пишет, что «ни в одном исследовании не было обнаружено, что пациенты с шизофренией пережили больше стрессовых ситуаций, чем другие». В 1985 году Теннант категорически утверждал: «Не существует убедительных доказательств, что жизненный стресс причинно связан с эпизодами шизофрении». В 1993 году ему вторят Норман и Малла: «Нет никаких фактов, что, в отличие от других психиатрических расстройств, стрессовые факторы как-то по-особому связаны именно с шизофренией».

У работ, в которых сообщается о связи стрессовых ситуаций с возникновением шизофрении, имеется существенный методологический недостаток. Дело в том, что на ранних стадиях шизофрении, когда человек заболевает впервые, он часто ведет себя неадекватно, вызывая тем самым ту или иную стрессовую ситуацию. В указанных работах подобные события рассматриваются как причина шизофрении, а не как ее раннее следствие. Эта разница была подмечена еще Блейлером в книге «Dementia Praecox»:

> В тех случаях, когда у нас имеется хороший, полный анамнез (история болезни), можно заметить, что признаки этого заболевания были налицо еще до возникновения психической травмы, что препятствует отнесению психических травм к возможным причинам возникновения болезни. В большинстве случаев даже без специальных исследований очевидно, что неудача в любви, увольнение с работы и тому подобное были не причиной, а следствием болезни, если между ними вообще была какая-либо связь.

Эпидемиологические данные также свидетельствуют о том, что роль стресса в возникновении болезни минимальна. Например, если стресс так важен, то почему не отмечается вспышек заболевания шизофренией в тюрьмах и концентрационных лагерях? Почему число больных шизофренией не возрастало в период Инквизиции или во время Великой французской революции? Почему во время второй мировой войны заболеваемость шизофренией не возрастала, а, наоборот, сокращалась? Короче говоря, очень маловероятно, что

стресс является сколько-нибудь значимым фактором в возникновении шизофрении, если он вообще играет при этом какую-либо роль.

Устаревшие теории

По мере развития знаний в каждой отрасли науки для объяснений тех или иных фактов постоянно возникают новые теории. Одновременно с этим уходят в прошлое старые теории, не способные больше объяснять новые наблюдения. В любой области знаний есть свои запылившиеся полки, полные вышедших из употребления теорий, и наука о шизофрении здесь не исключение. Среди подобных устаревших теорий можно выделить следующие.

Мастурбационная теория

В течение всего XIX века было широко распространено мнение, что мастурбация может вызывать шизофрению и другие формы безумия. Поскольку, как считалось, мастурбируют очень многие и многие же заболевают шизофренией, был сделан вывод, что между этими двумя явлениями имеется причинно-следственная связь. Лишь через некоторое время пришло осознание того, что многие из тех, кто занимается мастурбацией, шизофренией не заболевают, а многие больные шизофренией никогда не мастурбировали. Когда стало ясно, что никаких научных доказательств связи этих двух фактов между собой нет, мастурбационная теория тихо умерла.

Теории фрейдистского толка

Большую часть XX века причиной шизофрении считали плохие отношения с матерью. Очень многие полагали, что им не повезло с матерями, очень многие страдали шизофренией, и между этими двумя явлениями опять-таки усматривали причинно-следственную связь.

К наиболее верным приверженцам этих теорий относились психоаналитики — последователи Зигмунда Фрей-

да. Сам Фрейд, по-видимому, знал о шизофрении очень мало. В 1907 году в одном письме он признался: «Я редко вижу больных dementia praecox, и вряд ли когда мне попадались другие выраженные типы психозов». В 1911 году Фрейд опубликовал свои наблюдения за Даниелем Шребером, больным параноидной формой шизофрении. В этом случае Фрейд сделал вывод, что у Шребера имелся «внутренний конфликт по поводу его бессознательной гомосексуальности», переросший в инвертированный эдипов комплекс. Невозможно в это поверить, но Фрейд ни разу не осматривал Шребера лично, он лишь прочитал его дневники. Позже Фрейд писал своему другу: «Не нравятся мне эти пациенты [больные шизофренией]... Я чувствую, что они страшно далеки от меня и от всего человеческого. У меня какое-то странное чувство их неприятия, так что я явно не гожусь в психиатры».

Подобное отсутствие интереса Фрейда к шизофрении отнюдь не стало препятствием для его последователей в деле приложения психоаналитических теорий к анализу этого заболевания. В 40-е и 50-е годы они получили достаточно широкое распространение в Соединенных Штатах. Так, например, в 1949 году д-р Труде Титце опубликовала свою часто впоследствии цитировавшуюся работу об исследовании 25 матерей больных шизофренией, в которой сделала вывод, что «все матери отличались Повышенным беспокойством, тревожностью, все они были властными натурами... Их собственное извращенное психосексуальное развитие и их отношение к сексу отразилось на сексуальном развитии их детей». Как и большинство последователей Фрейда, Титце в своем исследовании не делала никаких сравнений с контрольными группами испытуемых.

В настоящее время в ряде работ доказано, что психотерапия, ориентированная на анализ внутренних переживаний пациента, не представляет особого интереса для исследования и лечения шизофрении. К наиболее известным работам относятся труды Филипа Мея и его коллег из клиники Камарильо (штат Калифорния). Мей случайным образом распределил 228 больных шизофренией по пяти отдельным палатам, где их лечили: 1) только при помощи психотерапии; 2) психотерапией и лекарствами; 3) только лекарствами; 4) только воздействием окружающей среды и 5) мето-

дом электрошоковой терапии. Наилучшие результаты лечения были отмечены у пациентов, лечившихся по типу 2 и 3, причем между этими двумя группами не наблюдалось существенных различий. Наихудшие результаты лечения оказались у пациентов, лечившихся только психотерапией и только с помощью воздействия окружающей среды. Отсюда следует неизбежный вывод: собственно психотерапия не дает никакого дополнительного эффекта применительно к лечению пациентов с шизофренией. Эти пациенты наблюдались еще в течение 3-4 лет после эксперимента, результаты не менялись: «Анализ результатов показал большую эффективность медикаментозного лечения... и отсутствие какого-либо эффекта от применения психотерапии».

Эксперимент Мея подвергался критике со стороны практикующих психотерапевтов за то, что он был недостаточно «интенсивен» и в нем участвовали «относительно неопытные» психотерапевты. В связи с этим было проведено еще одно исследование, в котором пациенты подвергались интенсивному лечению опытными психотерапевтами (два часа в неделю в течение двух лет), приверженцами метода психоанализа. После завершения эксперимента было отмечено, что «для хронически больных шизофренией взятая в отдельности психотерапия, даже с участием опытных психотерапевтов, дала очень мало или не дала вообще ничего». Итог подобных исследований подвел Дональд Клейн, один из самых уважаемых американских психиатров: «Для утверждений о клинической ценности индивидуальной психотерапии больных шизофренией нет никаких научных оснований» .

Кроме Того, имеются определенные свидетельства того, что психоанализ и индивидуальная психотерапия в отдельных случаях могут наносить пациенту вред. В эксперименте Мея, например, было доказано, что «самочувствие пациентов, лечившихся с участием только психотерапевтов, было значительно хуже, чем у пациентов из контрольной группы, не получавших никакого лечения». Другими словами, иногда лучше не лечиться вообще, чем лечиться только при помощи психотерапии. Это подтверждается и опытом многих психотерапевтов, которые были вынуждены прекратить лечение больных шизофренией методом психоанализа, на-

правленного на внутренние переживания, поскольку состояние многих пациентов заметно ухудшалось. Проверяя высказывание самого Фрейда о том, что причиной параноидной шизофрении являются бессознательные гомосексуальные импульсы, один психиатр отметил, что в ходе работы «мы проанализировали терапевтические результаты психоаналитиков и, к нашему удивлению, обнаружили, что в общем состояние параноидных пациентов не только не улучшалось, как мы полагали, в результате их „гомосексуальной регулировки", но часто становилось еще хуже».

Учитывая то, что нам известно о мозге больных шизофренией, совсем не удивительно, что подобная индивидуальная психотерапия усугубляет их болезненное состояние. Таких людей переполняют внешние и внутренние раздражители, они пытаются внести в этот хаос некоторый порядок, и тут вмешивается психотерапевт и просит их осознать свои подсознательные мотивации — эта задача трудна даже для совершенно здорового мозга. Неизбежным следствием этого является добавление в общую какофонию сигналов еще одного сильного потока раздражителей в виде подавлявшихся ранее мыслей и желаний. Действие подобной психотерапии на больного шизофренией можно сравнить с наводнением в только что разрушенном смерчем поселке. Или, используя сравнение из недавно появившейся статьи под названием «Обратные эффекты интенсивного лечения хронической шизофрении», методы индивидуальной, ориентированной на анализ внутренних переживаний пациента психотерапии «аналогичны посыпанию открытой раны солью, так как эти методы игнорируют особую ранимость, восприимчивость пациентов-шизофреников ко всяким стимулирующим событиям, что вызывает быстрое ухудшение их состояния».

Просто удивительно, что очень многие люди (включая даже некоторых специалистов в области психического здоровья) по-прежнему верят, будто индивидуальная психотерапия может быть эффективна при лечении шизофрении. Мне приходится часто встречаться с довольно богатыми семьями, которые тратят невообразимые суммы — от 100 до 200 тысяч долларов в год — на лечение своих сына или дочери у какого-нибудь психоаналитика в частной клинике. Это, пожалуй, одна из последних оставшихся областей аме-

риканской медицины, где совершенно легально применяется лечение не только бесполезное, но и могущее нанести вред пациенту.

Признание того факта, что индивидуальная психотерапия может причинить вред больному шизофренией, отнюдь не ново. В своем исследовании (1976) Хэдли и Струпп сделали вывод, что «часто в результате психотерапии в качестве явных негативных эффектов отмечались психотические нарушения... эти явления наиболее типичны вследствие производимого подобным вмешательством разрушения внутреннего „я"». В 1978 году Президентская комиссия по психическому здоровью отметила: «Имеются некоторые основания предполагать, что определенная группа хронически больных шизофренией плохо реагирует на психотерапевтические методы лечения». Вскоре после этого Джеральд Клерман, в то время один из самых высокопоставленных психиатров и уважаемый в научных кругах исследователь, признал, что «появившиеся в последнее время факты свидетельствуют о том, что интенсивная психотерапия действительно может давать при лечении шизофрении негативные эффекты».

Каково же тогда истинное значение психоанализа и индивидуальной психотерапии в лечении шизофрении? Нулевое, и их следует избегать. В журнале «New England Journal of Medicine» за 1981 год д-р Т. Маншрек писал: «Использование традиционной психотерапии в качестве единственного метода лечения шизофренического расстройства признается неадекватным, и его следует по возможности избегать. В лечении этого заболевания психоанализ и другие ориентированные на внутренний мир пациента методы психотерапии доказали свою несостоятельность». Учитывая имеющиеся факты и научные знания, можно утверждать, что применения этих методов для лечения шизофрении не только следует избегать, но, более того, их использование нужно признать недобросовестной практикой. Специалистов в области психического здоровья, попрежнему отстаивающих подобные методы лечения, следует рассматривать как реликтов прошлого, более удивительных, чем ветераны испано-американской войны, чудом дожившие до наших дней.

«Семейные» теории

После второй мировой войны теория «плохой матери» была несколько расширена и стала теперь включать в себя все семейное окружение. К теоретикам подобного толка, считавшим, что шизофрения возникает вследствие тех или иных отношений в семье, относились почти все психоаналитики, воспитанные в духе фрейдистской теории.

Лидером этого направления был Теодор Лидц из Йельского университета. В 1952 году он предпринял изучение 16 семей, где были больные шизофренией, причем никаких контрольных групп для сравнения результатов у него не было. В итоге Лидц сделал вывод, что примерно половина матерей «были странными, околопсихотическими или скрытошизофреническими» и что «отцы также могли пагубно влиять на пациента и семью в целом».

В 1956 году появилось понятие «двойственного отношения», ставшее краеугольным камнем в рассуждениях приверженцев влияния внутрисемейных отношений. В общем виде это означает семейную ситуацию, когда родители адресуют ребенку два противоположных и взаимоисключающих стимула, ставя его перед необходимостью выбора между двумя возможностями, причем обе они вызывают замешательство. Такая ситуация «двойственности» рассматривается как «шизофреногенная». Автором главной теоретической работы по данному направлению был Грегори Бейтсон, антрополог школы психоанализа Юнга. Судя по запискам Бейтсона, идея «двойственного отношения» пришла к нему после его знакомства с кибернетикой, теорией коммуникации, ритуалами аборигенов Папуа-Новой Гвинеи, общением дельфинов и сказкой Льюиса Кэррола «Алиса в Зазеркалье». В его исследованиях, конечно, не было никаких контрольных групп испытуемых, и Бейтсон сам признавал, что «эта теория еще не была проверена статистически». Фактически она так и не была статистически доказана, так что единственное, на что эта теория могла опираться, так это на произведение Льюиса Кэррола.

Как и психоаналитические теории, суждения о влиянии отношений в семье на возникновение шизофрении в настоящее время всерьез не рассматриваются, часто по тем же самым причинам. В них нет серьезной научной основы, а

результаты обследований семей больных шизофренией, проведенные другими учеными, опровергли выводы сторонников влияния семьи на возникновение заболевания. Еще в 1951 году Проут и Уайт сравнили матерей 25 больных шизофренией с матерями 25 здоровых людей и не выявили между ними сколько-нибудь существенных различий, некоторые последующие работы дали те же результаты. Еще одной неразрешимой в рамках подобных воззрений задачей является невозможность разграничить семейные проблемы, *вызывающие* шизофрению, от проблем, *вызванных* шизофренией. Клиницисты, имеющие большой опыт в области шизофрении, прекрасно понимают, как разрушительно влияет заболевание шизофренией на семью.

Нужно также добавить, что изложенные теории не выдерживают критики с точки зрения здравого смысла. Каждый, у кого есть дети, знает, что родители не обладают настолько сильным влиянием на детей, чтобы стать причиной шизофрении лишь из-за того, что они одного ребенка любят больше, чем другого, или иногда дают детям противоречивые указания. Тем более, что в семьях, где один ребенок болен шизофренией, как правило, другие дети совершенно нормальны, и это окончательно сводит на нет все домыслы сторонников подобных теорий.

Теории «плохих культур»

В дополнение к вышеизложенным теориям некоторые «ученые» предложили в качестве причины возникновения шизофрении влияние «плохих культур». Эта идея впервые была развита антропологами Маргарет Мид и Рут Бенедикт еще в 30-х годах нашего века. Позднее ее поддержали некоторые интеллектуалы, большинство из которых были очарованы социологическими или социалистическими идеями, а то и обеими одновременно.

Одним из них был Кристофер Лэш, который в своей книге «Культура нарциссизма» заявил, что психозы — это «в некотором смысле характерное выражение каждой данной культуры». Он цитировал Жюля Анри, который писал, что «психоз — это итог всего неправильного, что есть в данной культуре». Еще одним примером является книга

Р. Льютонина, С. Роуза и Л. Камина «Это не в наших генах» (1984), где в предисловии говорится: «Мы разделяем убеждение, что в будущем будет создано более социально ориентированное, почти что социалистическое общество». «Развенчав» биологические исследования шизофрении, авторы пишут: «Адекватная теория возникновения шизофрении должна учитывать, что именно социальное и культурное окружение вынуждает некоторых людей проявлять шизофренические симптомы». По их мнению, именно социальное и культурное окружение порождает биологические изменения в головном мозге, «которые могут соотноситься с шизофреническими». Подобное теоретизирование, устарелое с точки зрения современной науки, сегодня можно услышать уже очень редко.

Теория Томаса Шаша

Томас Шаш, психоаналитик из г. Сиракузы (штат Нью-Йорк), получил известность не столько своей теорией шизофрении, сколько теорией «нешизофрении». По его утверждению, шизофрения и другие психические расстройства являются не болезнями мозга, а просто семантическими артефактами, и в действительности не существуют. Несомненно, это прекрасная новость для больных психическими заболеваниями и членов их семей. Люди с шизофренией, утверждает Шаш, это «мнимые больные», и эта «мнимая болезнь» — священная корова психиатрии, ее символ. Чтобы считаться настоящей болезнью, продолжает Шаш, «она должна стать чем-то достижимым, измеримым, проверяемым научными методами».

Теория Шаша заслуживает упоминания только потому, что получила слишком уж широкую рекламу. Сам Шаш занимается традиционной психоаналитической практикой с пациентами, сталкивающимися с определенными жизненными проблемами. Судя по его работам, у него нет никакого опыта лечения больных шизофренией. Кроме того, сегодня шизофрения стала как раз «чем-то достижимым, измеримым, проверяемым научными методами», и ясно доказано, что это — заболевание головного мозга. Следовательно, теорию Томаса Шаша по полному праву можно положить на полку курьезов истории медицины.

Теория Р. Д. Лэинга

Самой любопытной и странной из теорий шизофрении, возможно, следует считать теорию английского психоаналитика Р. Лэинга. Он отстаивал идею, что шизофрения — это естественный ответ на безумие мира, так что она может считаться своего рода «совершенствованием опыта». Эта романтическая, но бессмысленная теория в 60-е годы отвечала духу многих радикалов. Теория Лэинга взросла на почве фрейдистских взглядов и теорий влияния семьи. Д-р Джозеф Берк, один из ближайших последователей Лэинга, писал: «Так называемое психическое заболевание отражает то, что происходит в группе обеспокоенных и беспокоящихся людей, особенно когда в нее вмешивается определенная чужеродная личность. Довольно часто человеку ставят диагноз „психически больной", когда вследствие семейных или рабочих проблем нарушено его эмоциональное состояние, тогда как на самом деле он может быть самым „психически здоровым" членом данной группы». Теория Лэинга кажется еще более странной, если принять во внимание, что его мать была хронической психически больной, а старшей дочери был поставлен диагноз шизофрении, так что она многие годы провела в психиатрической лечебнице.

Лэинг основал «Кингсли Холл», лондонский клуб, где больным шизофренией дозволялось демонстрировать свой психоз в окружении родных и близких. Он отказывался применять к своим пациентам медикаментозное лечение до тех пор, пока этого не требовал сам пациент. Затея с «Кингсли Холлом» провалилась, и он был закрыт. С возрастом Лэинг все более разочаровывался в своей теории и начал пить. В 1982 году он сказал корреспонденту: «Меня считали человеком, знавшим ответы на все вопросы, но ответов этих у меня никогда не было». В 1989 году Лэинг скончался.

Глава 7

Лечение шизофрении

Облегчать страдания от безумия всеми доступными человеку средствами не означает восстановить величайший божественный дар. Те, кто посвятил себя такой задаче, па это не претендуют. Они находят удовлетворение и награду в замене жестокости человечностью, злобы — добротой, свирепой ярости — умиротворенностью; вместо ненависти они несут любовь и надежду на выздоровление, а если есть надежда, то придет и выздоровление.

Чарльз Диккенс, 1852

Несмотря на сложившийся в общественном сознании стереотип, шизофрения вполне поддается лечению. Конечно, нельзя сказать, что шизофрению можно вылечить полностью, не стоит путать понятия «поддается лечению» и «излечима». Успешное лечение подразумевает контроль над симптомами, тогда как излечение имеет в виду полное устранение их причин. Излечение шизофрении будет невозможно до тех пор, пока мы не поймем, почему она возникает, но одновременно с поиском причин мы должны постоянно работать над совершенствованием методов лечения.

Пояснить, что мы понимаем под лечением шизофрении, проще всего на примере лечения диабета, заболевания, в течении которого отмечается много сходных черт с течением шизофрении. У той и другой болезни бывают формы, с ранним (детским) и поздним (взрослым) возникновением, обе скорее всего могут вызываться несколькими причинами, и у диабета, и у шизофрении могут наблюдаться периоды обострения и ремиссии, которые иногда длятся годами. Течение того и другого заболевания может достаточно хорошо контролироваться с помощью медикаментозных средств, хотя полное излечение так и не достигается. Как мы не говорим

о полном излечении диабета, а говорим всего лишь о контроле над его симптомами, что позволяет пациенту вести более или менее нормальный образ жизни, так же следует говорить и о шизофрении.

Поиск специалиста

Пожалуй, самая серьезная проблема, которая в первую очередь встает перед родственниками и друзьями больных шизофренией, — это поиск врача. В США очень мало настоящих специалистов, кто знает хоть что-нибудь о шизофрении и интересуется этим заболеванием. Это факт в равной мере и неожиданный, и огорчительный, поскольку шизофрения является одним из самых серьезных хронических заболеваний и распространена во всем мире. Найти хорошего врача в Европе, особенно на Британских островах или в скандинавских странах, относительно легче.

Поскольку шизофрения является болезнью, возникающей по биологическими причинам, и поскольку для ее лечения необходимы лекарства, не следует пренебрегать медицинскими советами. Чтобы правильно лечить шизофрению, рано или поздно придется обратиться к врачу, который должен будет не только выписать то или иное лекарство, но и провести первичную диагностику, включая лабораторные анализы, необходимые для того, чтобы определить возможные заболевания, лишь маскирующиеся под шизофрению. Перед тем как начать лечение, нужно убедиться, что у пациента на самом деле шизофрения, а не опухоль мозга или энцефалит. Принять решение по этому вопросу может только врач-специалист.

Наилучший способ найти хорошего врача, специалиста по шизофрении или любому другому заболеванию — это порасспрашивать медиков, к кому бы они сами направили близкого им человека в аналогичном случае. Врачи и медсестры знают, кто — хороший врач, а кто — не очень, причем в своем кругу они свободно обмениваются подобной информацией, так что если их спросить, они скорее всего подскажут вам, к кому *лучше* обратиться. Если, например, у вашего шурина есть знакомая медсестра, тем лучше. Для

поиска компетентного специалиста, который, быть может, разбирается в шизофрении, не пренебрегайте любой возможностью, помощью любого родственника или знакомого. Это именно тот случай, когда вам следует использовать все свои связи — такая информация бесценна и может избавить вас от долгих месяцев поисков.

Еще один способ найти хорошего врача — это расспросить другие семьи, где есть больные шизофренией. Часто они хорошо знают всех местных специалистов и тоже могут помочь сэкономить время. Предоставление доступа к подобной информации может стать одним из самых значительных достижений местных подразделений Национального союза помощи душевнобольным и является достаточной причиной, чтобы в него вступить[1].

В поисках хорошего врача бесполезны те данные, которые имеются в местных бюро Американской психиатрической ассоциации (АПА). Позвонить туда может каждый, и ему дадут список из трех фамилий. Эти фамилии, однако, берутся из перечня врачей, нуждающихся в дополнительной клиентуре. Так как в эту организацию может вступить каждый медик, готовый платить ежегодные взносы, и так как никакой оценки их профессиональных качеств не проводится, то эти фамилии могут оказаться совершенно бесполезными. В этих списках продолжают оставаться даже имена врачей, находящихся под следствием по обвинению в недобросовестной практике — до тех пор, пока вина их не будет окончательно доказана и они официально не будут исключены из членов ассоциации (что бывает чрезвычайно редко). Так что пользоваться услугами АПА ничуть не лучше, чем наугад выписать фамилии из телефонного справочника[2].

Каким же требованиям должен отвечать хороший врач — специалист по шизофрении? В идеальном случае он должен сочетать в себе хорошие профессиональные навыки

1. Адреса и телефоны некоторых отечественных аналогичных служб прицелены в приложении *(прим. ред.)*.
2. Согласно российскому закону «О психиатрической помощи...», лица, страдающие психическими расстройствами, имеют право на приглашение по их требованию для работы во врачебной комиссии любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего *(прим. ред.)*.

с интересом к этому заболеванию и сочувствием к больным. Как правило, молодые, не так давно закончившие колледж врачи более склонны рассматривать шизофрению как заболевание, имеющее биологическую основу, но из этого правила имеются многочисленные исключения. Можно встретить старика, который скажет вам, что он «всегда говорил, что это „настоящая болезнь"», и начинающего врача, свято верящего, что в этом случае нужен психоаналитик или психотерапевт.

Еще одним важным качеством врача, занимающегося лечением шизофрении, является его способность работать в тесном контакте с другими членами медицинского коллектива. В лечебном процессе принимают участие психологи, психиатрические медсестры, работники службы социального обеспечения, специалисты по реабилитации и многие другие люди. Неспособные к Коллективной работе врачи не смогут успешно лечить шизофрению, независимо от того, насколько хорошо они подготовлены в области психофармакологии.

В своих попытках найти хорошего врача вполне законно можно задавать вопросы типа: «А что, по вашему мнению, вызывает шизофрению?», «А что вы думаете о Лепонексе (или любом другом лекарстве)?», «Какую роль, по вашему мнению, играет в лечении шизофрении психотерапия?» Подобные прямо поставленные вопросы помогут вам самим быстро уяснить, считает ли данный врач шизофрению заболеванием биологической природы и насколько хорошо он ориентируется в современных методах ее лечения. По мере того как больные и члены их семей больше узнают о лечении шизофрении, все чаще можно встретиться со случаями, когда они осведомлены так же (если не лучше), как и их лечащий врач. Таким образом, конечной целью поиска хорошего врача является нахождение такого, кто был бы компетентен и считал больного шизофренией, говоря словами одного психиатра, «больным человеком, а не дефективным созданием с непонятным образом мыслей и психикой».

Насколько важно, чтобы врач был «лицензированным» и «сертифицированным» по своей специальности? Лицензия необходима врачу для подтверждения права на самостоятельную врачебную деятельность. «Сертифицированный»

врач — это врач, сдавший экзамен по специальности. Подобная сертификация совершенно не требуется для членства в какой-либо профессиональной ассоциации. Она означает лишь, что в момент сдачи экзамена у данного врача имелись определенные теоретические познания в этой области, которые позволяли считать его достаточно компетентным, причем не важно, повышал ли врач свою квалификацию после сдачи экзамена. Так что наличие сертификата никак не связано с истинной компетентностью конкретного специалиста, и, до тех пор пока от врачей не будут требовать повторной сертификации раз, скажем, в пять лет, у семей больных нет никаких оснований отдавать предпочтение врачам, имеющим сертификат[1].

При обращении к иностранным специалистам наиболее сложным аспектом лечения являются неизбежные трудности в общении. Устные языковые навыки — это только одна сторона дела, кроме них в общении есть много других нюансов, определяемых культурой, в которой формировался человек: способ выражения эмоций, система представлений о ценностях и идеалах и так далее. Общение между психиатром и больным шизофренией затруднено даже в том случае, когда они говорят на одном языке и принадлежат к одной культуре, если же это не так, то взаимопонимание между ними становится практически невозможным. Бред нужно оценивать в контексте общих представлений, бытующих в окружении пациента. Аффект, который в одной культурной среде может считаться вполне обычным явлением, в другой будет признаваться совершенно ненормальным. Оценка слабых, едва заметных расстройств мышления предполагает виртуозное владение идиоматикой языка. Один психиатр, например, советовал пациентке увеличить дозы принимаемого лекарства, так как та жаловалась на «бабочек в желудке»[2]. Другой врач принял за свидетельство наличия

1. В настоящее время в Санкт-Петербурге и других регионах России разрабатываются специальные экзаменационные программы для проведения лицензирования и сертифицирования психиатров. Пока что врачи проходят аттестацию 1 раз в пять лет, после чего им присваивается категория: 2-я, 1-я, высшая *(прим. ред.)*.
2. Butterflies in my stomach (англ.) - идиоматическое выражение, равносильно выражению «меня мутит», «мне не по себе». Сравните, например, с русским «на сердце кошки скребут» *(прим. перев.)*.

у пациентки бреда ее высказывание о том, что детей приносят птицы. «Вы имеете в виду аистов?» — спросил присутствующий на приеме психолог. «Вот именно, — воскликнул психиатр. — Разве это не идиотизм, не бред?» Еще один психиатр — иностранец — как-то спросил у пациента в ходе диагностической беседы, что значит поговорка: «Один стежок, сделанный вовремя, добра не наживет»[1]. Подобные вопросы никак не способствуют выяснению степени логичности мышления у больного шизофренией.

Что можно сказать о людях, не имеющих высшего медицинского образования и тем не менее занимающихся лечением шизофрении? Фактически психологи, медсестры, работники социальных служб, специалисты по реабилитации и другие сотрудники регулярно занимаются лечением пациентов с шизофренией и часто работают в непосредственном контакте с лечащими врачами, называя себя одной бригадой. Довольно распространено такое распределение обязанностей, когда врач в этом коллективе отвечает только за назначение фармацевтических препаратов и играет сравнительно небольшую роль в общем плане лечения.

Совершенно другой вопрос, могут ли люди без высшего медицинского образования прописывать те или иные лекарственные препараты. Во многих штатах правом назначать медикаментозное лечение наделены помощники врачей и практикующие медицинские сестры. В настоящее время за подобные права борются и психологи, но их усилия встречают ожесточенное сопротивление со стороны психиатров, что и не удивительно. Думается, что при соответствующей профессиональной подготовке в области фармакологии и под соответствующим контролем любой представитель вышеуказанных групп может вполне компетентно лечить обычные случаи шизофрении, оставляя трудные вопросы диагностики и терапии на усмотрение вышестоящего психиатра. Чрезвычайно трудно привлечь психиатров к работе в государственных психиатрических клиниках, то же относится и к работе в сельских районах. Лишь благодаря медсес-

1. В данном случае врач по незнанию объединил две английские поговорки в одну: «Один стежок, сделанный вовремя, стоит девяти» и «Кому па месте не сидится, тот добра не наживет» *(прим. перев.)*.

трам, психологам и другим сотрудникам там удается хоть частично сократить постоянную нехватку врачей.

И в заключение еще одно предупреждение тем, кто ищет хорошего психиатра. Врачи — тоже люди, и уже только вследствие этого они принадлежат к тому или иному типу личности. Среди врачей любых специальностей тоже встречаются люди нечестные, психически больные, с пристрастием к алкоголю или наркотикам, психопаты и социопаты, с любым сочетанием этих малопривлекательных черт. Мне лично кажется, что психиатрия почему-то притягивает к себе больше, чем ей положено статистически, подобных индивидов — может, потому, что такого врача интересуют и собственные проблемы душевного здоровья. Так что не стоит заблуждаться, считая, что если врач лечит больных шизофренией, то сам он вне подозрений. Если врач показался вам странным, скорее найдите себе другого. Бывает, что и в психиатрической семье не без урода.

Госпитализация: добровольная и недобровольная

В большинстве случаев люди, заболевшие шизофренией в острой форме, нуждаются в госпитализации. Такая госпитализация преследует несколько целей. Самое главное, она позволяет специалистам в области психических расстройств наблюдать пациента в контролируемой обстановке. При этом могут быть выполнены психологические тесты и проведены необходимые лабораторные анализы для исключения возможности других заболеваний, имеющих сходную симптоматику. Может быть начато медикаментозное лечение, причем в условиях, когда подготовленный персонал имеет возможность следить за появлением побочных эффектов. Кроме того, госпитализация дает возможность семье больного немного передохнуть после иногда ужасных дней и ночей, предшествовавших обострению болезни.

Часто госпитализация необходима для того, чтобы защитить самих пациентов. Вследствие своей болезни они могут попытаться поранить себя или других (например, им могут твердить об этом «голоса»). По этой причине в большинстве

клиник имеются «наблюдательные» палаты для изоляции беспокойных пациентов, использовать которые бывает иногда необходимо. Даже в этих палатах пациент в некоторых случаях может представлять опасность для окружающих и нуждаться в дополнительных ограничительных средствах. К ним относятся запястные или коленные ремни (обычно кожаные), а также специальные смирительные рубашки, в которых руки привязываются к телу. При правильном медикаментозном лечении все эти средства нужны не более чем на несколько часов. В некоторых кругах сегодня принято охаивать наблюдательные палаты и любые ограничительные средства как «варварские» и устаревшие. Те, кто говорят так, скорее всего никогда не ухаживали за больным с острой шизофренией. Конечно, будет просто прекрасно, когда мы придем к тому, что лекарства при остром возбуждении у пациента будут оказывать моментальное действие и ограничительные средства окажутся ненужными, но пока это время еще не наступило[1].

В госпитализации больных шизофренией есть и дополнительные преимущества. В хороших психиатрических лечебных учреждениях с пациентами проводятся групповые собрания и занятия, которые дают им возможность убедиться, что личный опыт каждого из них отнюдь не уникален. Часто тот же эффект достигается и в ходе трудовой терапии, соответствующей организации досуга, психодрамы (постановки психологически ориентированных спектаклей) и других форм групповой работы. Для человека, который испытал на себе острый приступ психоза и то, о чем мы с вами говорили во второй главе, является часто огромным облегчением узнать, что нечто подобное испытывали и другие. Вместе с тем ни одна из перечисленных форм группо-

1. В комментариях к российскому закону «О психиатрической помощи...», в частности в п. 2 ст. 30, указываются применяемые формы физического стеснения, разработанные в психиатрии, наименее травматичные, исключающие нанесение увечий. К ним относятся: фиксация с помощью широких эластичных полос материи, ремни, которыми закрепляются руки выше лучезапястных суставов, а ноги - выше голеностопных. Применяются специальные кровати, оснащенные ремнями, позволяющими быстро осуществить фиксацию с причинением больному минимальных неудобств, а также специальные манжеты, корсеты; больной может быть изолирован в отдельной палате *(прим. ред.).*

вых занятий не принесет много пользы, если пациента для снятия острых симптомов параллельно не будут лечить медикаментозно.

Существует несколько типов медицинских учреждений, в которых лечат шизофрению. Психиатрические палаты в многопрофильных местных больницах получили в последние годы довольно широкое распространение, причем лечение в них проводится на вполне удовлетворительном уровне. Также хорошую репутацию имеют психиатрические отделения в университетских клиниках. Частные психиатрические клиники бывают самыми разными — от заведений с прекрасной репутацией до полуподпольных притонов, где главной целью является получении прибыли, а качество ухода за больными и их лечение не выдерживают никакой критики. Особого внимания заслуживают частные клиники, принадлежащие самим психиатрам: в подобных учреждениях часто бывает налицо внутренний конфликт между нуждами конкретного пациента и необходимостью для психиатра делать деньги. Он наглядно проявляется в тех нередких случаях, когда продолжительность госпитализации пациентов подозрительно совпадает со сроками действия их медицинской страховки. Как только срок страховки истекает, пациента провозглашают здоровым и отправляют на все четыре стороны.

Помимо муниципальных (городских), университетских и частных клиник, имеются также больницы штатов и госпитали Управления по делам ветеранов. Последние сходны с больницами штатов, за тем исключением, что попасть в них могут лишь лица, служившие в армии. В отличие от них больницы штатов принимают всех, и по качеству предоставляемого лечения и условий они так же разнообразны, как частные психиатрические клиники.

При выборе того или иного лечебного учреждения самым важным фактором, конечно, является компетентность лечащего психиатра. По сравнению с этим тип лечебного учреждения имеет гораздо меньшее значение. Так, например, в некоторых муниципальных клиниках есть хорошо известные отделения с прекрасными психиатрами, которые обеспечивают отличные результаты лечения шизофрении. В то же время в других государственных больницах психиатрические палаты вполне оправдывают свои прозвища «гадюш-

ников». То же самое можно сказать и по поводу частных психиатрических клиник и госпиталей Управления по делам ветеранов. Как правило, о лечебных учреждениях округов и университетских клиниках можно сказать, что они обеспечивают более высокий уровень лечения и ухода, чем больницы штатов, госпитали Управления по делам ветеранов или частные клиники, но это происходит не везде и не всегда. Мне приходилось заниматься пациентами, которые и в этих университетских и окружных клиниках страдали от просто адских условий.

В последние годы в деле оценки качества работы лечебных учреждений принимала активное участие Объединенная комиссия по аккредитации органов здравоохранения (ОКАОЗ, JCAHO). Для знакомства с работой той или иной клиники ОКАОЗ направляет туда комиссию из нескольких человек, которые не только оценивают качество лечения и ухода, но и дают консультации и проводят специальные занятия. Эта комиссия выполняет свою работу очень тщательно, особое внимание она уделяет, конечно, лечению и уходу, но учитывает и такие аспекты, как терапевтическое оснащение, безопасность пациентов, качество работы регистратуры и хозяйственных служб. По выводам данной комиссии клинике или предоставляется аккредитация, или нет. Аккредитация может быть полной трехгодичной или условной, что подразумевает назначение через определенный срок дополнительной проверки, имеющей целью выяснить, устранены ли отмеченные недостатки. Полная аккредитация ОКАОЗ в принципе означает, что данная клиника достаточно хороша, хотя и в получившей аккредитацию больнице могут быть отделения, работающие хуже общего, в целом приемлемого, уровня. Свидетельство об аккредитации ОКАОЗ обычно вывешивается в вестибюле или при входе в клинику. Если вы такого свидетельства не увидели, то узнать о его наличии можно у любого представителя администрации или обратившись непосредственно в ОКАОЗ. В настоящее время аккредитацию получила примерно половина государственных психиатрических больниц и три четверти частных психиатрических и широкопрофильных клиник[1].

1. В Санкт-Петербурге создан Комитет по аккредитации, который начал проводить аналогичную работу *(.прим. ред.).*

Судить о достоинствах клиники по размеру платы за лечение представляется не очень разумным. Во всем мире люди склонны считать, что чем больше цена, тем выше качество медицинских услуг, но это мнение ошибочно. В психиатрии, как и в остальной медицине, то, что дороже, не обязательно лучше.

Итак, как же нужно выбирать клинику? Снова повторяю, что ответ заключается в том, чтобы найти хорошего врача. Поскольку в некоторых клиниках врачи часто имеют определенные квоты в госпитализации своих пациентов, то госпитализировать своего родственника или знакомого следует именно в ту больницу, куда его может направить ваш врач. Если, в связи с тем что у врача есть доступ в несколько клиник, у вас имеется возможность выбора, следует выбирать ту из них, которая аккредитована ОКАОЗ.

В последние годы существенно изменился такой аспект госпитализации, как ее продолжительность. В недавнем прошлом длительность госпитализации больных шизофренией обычно измерялась неделями и даже месяцами. Однако под давлением страховых компаний и других организаций средняя продолжительность пребывания пациента в больнице резко сократилась и сегодня часто составляет считанные дни. Иногда этого бывает достаточно, особенно когда больному оказывается действительно профессиональная помощь, но довольно часто такой краткий срок госпитализации не отвечает реальному состоянию пациента, и его выписка оказывается явно преждевременной.

В идеальном случае больные шизофренией сами распознают у себя начало заболевания и добровольно ищут пути его лечения. К сожалению, в большинстве реальных случаев этого не происходит, ведь шизофрения — болезнь головного мозга, именно того органа, который отвечает за распознавание болезней. В результате довольно часто возникает необходимость подвергать больного лечению против его воли.

Как же осуществляется госпитализация в принудительном порядке? Все законы, согласно которым проводится недобровольная госпитализация психиатрических пациентов, являются не федеральными законами, а законами отдельных штатов. Следовательно, правила недобровольной госпитализации в разных штатах отличаются друг от друга.

В период между 1970 и 1980 годами в США наблюдалось мощное движение за ограничение возможностей недобровольной госпитализации психиатрических пациентов. В результате в некоторых штатах стало практически невозможным подвергнуть человека недобровольной госпитализации до тех пор, пока он явным образом не продемонстрирует, что его поведение представляет угрозу для него самого или окружающих. В связи с возникшими на этой почве проблемами сейчас отмечаются попытки изменить законы таким образом, чтобы подобных больных можно было госпитализировать в принудительном порядке.

С правовой точки зрения недобровольная госпитализация может иметь два обоснования. Первое из них рассматривается как принцип parens patriae[1] и представляет собой право государства действовать по праву отца и защитить человека, не способного себя контролировать. Оно ведет свое начало от старинного английского представления, что король является отцом всех своих подданных. Второе обоснование связано с правом государства защищать других людей от представляющего опасность человека. Первое обоснование может применяться тогда, когда человек настолько болен, что сам не осознает необходимости своего лечения, или тогда, когда он не может удовлетворять свои насущные потребности, представляя тем самым угрозу для самого себя. Второе же применяется, когда человек вследствие своего психического заболевания представляет опасность для окружающих.

Существуют два вида госпитализации: неотложная (срочная) и более длительная — долгосрочная. Правила, регламентирующие недобровольную госпитализацию, должны обеспечивать возможность помещения психически больных пациентов в клинику, чтобы они не могли нанести вред ни себе, ни другим людям и получили соответствующее лечение. Недобровольная госпитализация может проводиться следующим образом:

1. Сначала должно быть получено ходатайство о направлении в клинику человека с подозрением на психическое заболевание. В большинстве штатов такое ходатайство

1. Parens patriae (лат.) — здесь: по праву отца.

может быть возбуждено следующими лицами (в штате Теннесси, например): «одним из родителей, опекуном, супругом или взрослым родственником, или лицензированным врачом или психологом, или представителем органов здравоохранения (социального обеспечения), или руководителем организации, членом которой данный человек является, или любым лицом, имеющим в штате Теннесси право производить арест».

2. Человек, возбуждающий подобное ходатайство, просит врача (не обязательно психиатра) осмотреть больного, относительно которого данное ходатайство возбуждается. В некоторых штатах требуется заключение двух врачей, а в некоторых допускается заключение психолога. Если этот эксперт (эксперты) выносит заключение, что человек психически болен и удовлетворяет принятым в данном штате условиям госпитализации, то его заключение прилагается к ходатайству.
3. Такая экспертиза может проводиться где угодно, в том числе и на дому у пациента.
4. Если потенциальный психически больной отказывается пройти экспертизу, то во многих штатах допускается госпитализация по письменному подтверждению этого факта. Так, например, в штате Невада оно может быть следующим: «Подобный человек является психически больным и, будучи таковым, может нанести вред себе или окружающим» или «Человек является в значительной степени недееспособным».
5. Как только ходатайство будет зарегистрировано, полицейский может отправить подозреваемого в психическом заболевании человека в клинику на обследование у психиатра.
6. Если какой-либо человек ведет себя странно в общественном месте, то полицейский имеет право доставить его к психиатру на обследование.
7. Дежурный психиатр клиники на основе результатов своего обследования принимает решение, удовлетворяет ли этот человек условиям данного штата относительно недобровольной госпитализации. Если да, то оформляется неотложная госпитализация, и пациент остается в данной клинике. Если нет, то его отпускают.

8. В большинстве случаев неотложная госпитализация осуществляется на период трех суток без учета выходных и праздничных дней. В конце этого срока пациент должен быть выписан из больницы, если только руководитель клиники или семья больного не обратится в суд с просьбой о более длительной или долгосрочной госпитализации. Если суд принимает этот запрос к рассмотрению, то больной остается в больнице до слушания дела.
9. Слушание дела о долгосрочной госпитализации может проводиться или в больнице, или в здании суда. На нем требуется присутствие человека, чья госпитализация рассматривается, если только психиатр не заявит под присягой, что присутствие пациента в суде может пагубно сказаться на его психическом здоровье. При необходимости пациент может быть представлен своим адвокатом, и тогда само слушание дела проходит по обычным процессуальным правилам. Показания под присягой берутся с психиатра, членов семьи, а также с самого пациента, которого подозревают в психическом заболевании.
10. Слушание дела происходит перед лицом комиссии по здравоохранению данного штата, судьи или равного ему по рангу представителя правосудия. Во многих штатах у ответчика есть право требовать рассмотрения его дела перед судом присяжных.

Различие между штатами в процедуре принятия решения о недобровольной госпитализации заключается главным образом в основаниях для такого решения и признании тех или иных доводов доказательствами. В штатах, где применяются жесткие критерии «опасности» и признается только опасность данного человека для других или для самого себя, добиться подобного решения труднее, чем там, где критерии «опасности» размыты. Так, например, по законам штата Техас человек может быть госпитализирован в принудительном порядке «как ради его собственного блага и безопасности, так и ради безопасности других». В штатах, где основаниями для недобровольной госпитализации могут быть «неспособность удовлетворять собственные насущные потребности» или «необходимость в лечении», добиться ее бывает гораздо проще.

В судах разных штатов используется различная доказательная база. Наиболее жесткий порог доказанности — это

«вне всякого сомнения», применяемый в уголовных делах. В настоящее время его используют восемь штатов: Калифорния, Гавайи, Канзас, Кентукки, Массачусетс, Нью-Гемпшир, Оклахома и Орегон. При равенстве всех прочих условий (смотри ниже) в этих штатах добиться недобровольной госпитализации труднее. Следующий уровень доказанности — «наличие ясных и убедительных свидетельств», и он применяется в остальных штатах. В 1979 году Верховный суд США постановил, что, согласно Конституции, «наличие ясных и убедительных свидетельств» является вполне достаточным и более жесткий порог — «вне всякого сомнения» — может применяться в отдельных штатах по желанию законодателей, но не является необходимым. Фактически это постановление утверждает, что для помещения человека в психиатрическую клинику не требуется тот же уровень доказательств, который необходим для признания уголовника виновным и отправки его в тюрьму. В то время как психиатры и семьи больных хотят иметь более гибкие стандарты доказательств, юристы — поборники гражданских прав и свобод — и «защитники» психически больных продолжают борьбу за применение в вопросе недобровольной госпитализации как можно более жестких уровней доказанности опасности данного человека.

В прошлом в некоторых штатах применялись стандарты доказательств еще более слабые, чем «ясные и убедительные свидетельства». В Техасе, Нью-Джерси и Миссисипи, например, для недобровольной госпитализации требовалось лишь наличие «простого преобладания свидетельств». Во время судебной процедуры сопоставлялись доводы той и другой стороны, и выигрывала та сторона, чьи доводы казались суду более убедительными. После постановления Верховного суда в 1979 году в этих штатах были приняты более жесткие критерии.

Вероятно, наиболее важным фактором, определяющим, насколько легко или трудно обеспечить недобровольную госпитализацию, является роль конкретного судьи и принятые в данном округе стандарты отношений к психически больным людям. Как прекрасно знают юристы, закон — это одно, а его интерпретация — совсем другое, что особенно наглядно проявляется при решении вопроса о недобровольной госпитализации. Так, в одном и том же штате один судья может оценивать опасность пациента для окружаю-

щих намного строже, чем другой. То, что одному судье представляется «ясным и убедительным свидетельством», другому может отнюдь таковым не казаться. Точно так же меняются и принятые в различных округах стандарты, в некоторых имеется тенденция «запирать всех сумасшедших в психушках», а в других округах того же штата стремятся не госпитализировать их без крайней на то необходимости. Большую роль играет и общественное мнение. Например, если в местной газете появилось сообщение о том, что бывший пациент психиатрической клиники был обвинен в убийстве, то тут же может появиться тенденция отправлять в лечебницу любого человека с психотическими симптомами. С другой стороны, если в местной газете публикуется серия статей об ужасных условиях, в которых содержатся пациенты в психиатрических больницах, то тенденция может быть обратной — не отправлять человека на лечение без крайней необходимости.

Можно рассказать сотни историй, будто взятых из фильмов ужасов, о людях с острыми психотическими симптомами, кто не был своевременно госпитализирован из-за избыточной жесткости и формализма законодательных препон. В 1984 году в округе Колумбия я лично обследовал бездомную женщину с бредом и галлюцинациями, бродившую по городу с топором. Полиция отказалась доставить ее в психиатрическую клинику потому, что та *еще не совершила* ничего такого, что свидетельствовало бы о ее опасности для окружающих. В штате Висконсин какой-то мужчина забаррикадировался в своем доме и сидел с винтовкой в руках, бормоча: «Убей, убей, убей!» Судья постановил, что этот человек представляет собой недостаточно явную угрозу, чтобы его можно было подвергнуть госпитализации в принудительном порядке. В другом случае (в том же штате Висконсин) больной шизофренией, мутичный (молчащий) и отказывавшийся умываться и принимать пищу, во время пребывания в тюрьме был замечен за поеданием своих фекалий. Он не был госпитализирован, потому что его поведение было признано не представляющим опасности. Прения сторон в суде проходили следующим образом:

Общественный защитник. Доктор, может ли однократное поедание фекального материала представлять для данного человека серьезную опасность?

Врач. Этот материал, конечно, следует считать несъедобным... В нем содержатся элементы, могущие нанести ему вред и не являющиеся нужными для организма.
Общественный защитник. Но, доктор, вы не можете утверждать, что, съев подобный материал один раз, данный человек обязательно повредит своему здоровью? Врач. Да, один раз, конечно, не повредит.

Далее общественный защитник потребовал отказать в принудительной госпитализации — на основании того, что действия пациента не представляли собой непосредственной угрозы увечья или смерти.

В госпитализации было отказано.

Подобные абсурдные и негуманные судебные постановления привели к нарастанию движения за расширение рамок законов, на основании которых принимается решение о госпитализации. Первыми по этому пути пошли в 1979 году в штате Вашингтон, и их примеру последовали некоторые другие штаты. Например, в Северной Каролине в качестве юридического основания для недобровольной госпитализации ввели понятие «не несет ответственности за свои действия». В 1983 году Американская психиатрическая ассоциация внесла предложение о типовых правилах недобровольной госпитализации, которые позволили бы госпитализировать пациентов со «значительными отклонениями» в их психическом состоянии, явно нуждающихся в лечении. Мне кажется, что это могло бы быть неплохой моделью для законодательства отдельных штатов, поскольку позволило бы лечить больных с острыми психотическими симптомами еще до того, как они станут представлять собой явную угрозу для окружающих со всеми вытекающими отсюда трагическими последствиями.

Что же все это означает для семьи человека, который нуждается в лечении, но отказывается ложиться в психиатрическую клинику? Это означает, что данной семье сначала следует ознакомиться с процедурой недобровольной госпитализации и критериями для нее, которые приняты в данном штате. Наиболее быстро это можно сделать позвонив по телефону или зайдя в ближайшую психиатрическую клинику, сотрудники которой обычно прекрасно обо всем осведомлены. Можно также все разузнать в местном или окружном Управлении по психическому здоровью, у психиатров, юристов или полицейских. Членам семьи также следует знать, какого рода свидетельства нужны для того, чтобы

доказать, что данный человек представляет опасность. Достаточно ли того, что он выкрикивает угрозы в адрес других, или он должен действительно кого-либо поранить? Членам семьи больного обычно приходится давать показания в суде под присягой, и знание ими того, какие свидетельства необходимы, часто предопределяет решение суда, будет больной госпитализирован или нет. Многим, у кого в семье есть больной шизофренией, чтобы выжить, волей-неволей приходится становиться юристами-любителями.

В долгосрочном плане последствия недобровольной госпитализации могут быть самыми разными. С одной стороны, некоторые пациенты, будучи принудительно отправлены в психиатрическую клинику, рвут все отношения со своей семьей и иногда просто уходят из дому. С другой стороны, есть люди, которые по прошествии времени начинают считать свою недобровольную госпитализацию полезной, так как это дало им возможность начать лечиться. Д-р Кейн и его нью-йоркские коллеги опросили 35 принудительно госпитализированных пациентов, сначала непосредственно после помещения в клинику, а потом перед выпиской, примерно через два месяца. В результате был сделан вывод, что большинство пациентов «существенно изменили свое мнение в пользу необходимости их принудительной госпитализации». Я лично присутствовал на судебном заседании, когда больная шизофренией женщина заявила своей дочери, добивавшейся ее госпитализации, что никогда больше с ней даже не заговорит. Через год, после соответствующего лечения, в состоянии ремиссии, она рассыпалась в благодарностях в адрес своей дочери — та, мол, оказалась единственной родственницей, имевшей достаточно смелости, чтобы отправить ее в больницу[1].

Альтернативы госпитализации

По указанным выше причинам госпитализация нужна прежде всего тем пациентам, кто заболел впервые. Те же, кому уже был когда-то поставлен точный диагноз и у кого про-

1. Для сравнения материала данного раздела с принятыми в России правилами госпитализации смотри в Приложении закон «О психиатрической помощи...», ст. 29-36 *(прим. ред.)*.

изошло обострение заболевания (часто из-за того, что человек просто перестал принимать соответствующее лекарство), зачастую могут обойтись и без нее. Имеется несколько альтернатив госпитализации.

Одна из них — это инъекция лекарственных препаратов в больнице или поликлинике. Примерно у половины пациентов опытный врач в течение шести-восьми часов может снять или уменьшить психотические симптомы, после чего больной может отправляться домой. Здесь одна из проблем заключается в том, что родственники больного настолько устают от его поведения в момент обострения заболевания, что нуждаются в отдыхе и внутренне не готовы снова принять больного домой.

Другой возможностью, становящейся все более популярной, является вызов «скорой психиатрической помощи». Бригада прибывает домой к пациенту, оценивает ситуацию и часто начинает лечение на месте. Это может существенно снизить необходимость в госпитализации, но только в том случае, если лечение и последующий уход действительно оказываются квалифицированными и хорошо координированными.

В последнее время на местах все активнее развивается использование специализированных психиатрических коек в учреждениях, не относимых к рангу больничных — прежде всего из-за того, что подобные койки обходятся дешевле. Эти учреждения в разных местах называются по-разному: например, Институты по изучению психических заболеваний (ИПЗ) или кризисные палаты. В Калифорнии некоторые ИПЗ насчитывают более 200 коек и почти ничем (за исключением названия) не отличаются от муниципальных психиатрических клиник.

Можно заниматься лечением пациента и на дому, привлекая к этому приходящих медсестер или, реже, врачей. Подобная практика гораздо шире применяется в Англии, причем с заметным успехом. Ее действенность подтверждается и исследованием Бенджамина Пасаманика, в котором делается вывод, что «сочетание медикаментозной терапии и услуг приходящих медсестер доказало свою эффективность в профилактике госпитализации, домашние лечение и уход практически по всем критериям ничем не хуже, чем осуществляемые в условиях госпитализации, а в большинстве слу-

чаев даже лучше». Этот метод успешно использовался, например, в рамках лечебной программы, разработанной в округе Дейн (штат Висконсин).

Мне довелось работать таким образом, когда я обслуживал один сельский район. Семья пациента выразила желание оставить его в домашних условиях, и я в течение недели приходил к ним дважды в день, чтобы делать больному инъекции лекарственных препаратов. Это дало свои плоды, и лечение оказалось вполне успешным.

Еще одна возможность —это так называемая частичная госпитализация. Существуют дневные стационары, в которых пациент находится днем, а на ночь возвращается домой, или, наоборот, ночные стационары, где пациент проводит ночь, а днем находится дома[1]. В определенных случаях и тот, и другой тип госпитализации оказываются довольно полезными. Поскольку частичная госпитализация обходится дешевле, чем полная, то в некоторых округах этот путь может оказаться наиболее приемлемым. Такие стационары организуются, как правило, на базе медицинских учреждений с полным режимом работы. К сожалению, подобная практика распространена в США еще не в достаточной мере. Подобного рода учреждения сертифицируются одновременно с проверкой основной медицинской базы.

Лечение при помощи антипсихотических лекарственных средств

После того как вы нашли компетентного врача и уладили все сложности с госпитализацией, само лечение шизофрении уже относительно несложно. Наиболее важным элементом лечения, точно так же как и при лечении большинства других заболеваний, являются лекарственные препараты. Следует помнить, что лекарства не *излечивают* шизофрению как таковую, они, скорее, *ставят под контроль* проявление симптомов, как, например, при лечении сахарного

1. В России при психоневрологических диспансерах также существуют лисиные и ночные стационары. «Частичной госпитализацией» у пас называют «домашние отпуска», практикуемые обычно перед выпиской больных из стационара *{прим. ред.).*

диабета. Имеющиеся сегодня в нашем распоряжении фармакологические средства для лечения шизофрении еще далеки от совершенства, но в большинстве случаев они помогают больному — при условии, что применяют их правильно.

Основные лекарственные препараты, применяющиеся для лечения шизофрении, обычно называют *антипсихотическими средствами, антипсихотиками.* Раньше их также называли *нейролептиками* и большими транквилизаторами, но термин «антипсихотический» лучше, поскольку точнее отражает суть их действия. Часто они не оказывают успокаивающего действия, так что термин «транквилизатор» в применении к ним является неточным и может вводить в заблуждение. Антипсихотики были открыты в 1952 году во Франции, и первым таким лекарством стал хлорпромазин (торговое название Торазин, в России — Аминазин).

В США применяются шесть различных химических групп антипсихотических средств: фенотиазины, тиоксантены, бутирофеноны, дибензоксазепины, производные индола и дибензодиазепины (табл. 1). Лекарства, относящиеся к той или иной группе, могут фигурировать как под своим основным названием, так и под торговым, которое дается данному лекарству фармацевтической фирмой-изготовителем. Например, и Торазин, и Ларгактил, и Аминазин по химическому составу являются хлорпромазином, но поставляются на рынок различными фармацевтическими фирмами под разными торговыми названиями.

Антипсихотические средства обычно применяются в виде таблеток или капель. Таблетки можно принимать 1-3 раза в день перед едой, «на пустой желудок». Эффективность их действия уменьшается, если их принимать попутно с антацидными препаратами, содержащими соли алюминия или магния (информация о химическом составе лекарства всегда приводится в аннотации). Некоторые люди убеждены, что антипсихотики нельзя принимать вместе с кофе, чаем или напитками, изготовленными на базе колы, так как те уменьшают их эффект. Это, вероятно, справедливо для жидких лекарственных форм, но не для таблеток. Для простоты употребления таблетки можно измельчить в порошок. Капли можно смешивать с соком (только не яблочным), это удобно в тех случаях, когда имеются сомнения, что пациент действительно проглатывает свои таблетки, но жидкая форма лекарства обычно стоит несколько дороже.

Таблица 1

Типы антипсихотических лекарственных препаратов[1]

Тип	Основное название	Торговое название
Алифатические фенотиазины	Хлорпромазин	Торазин, Ларгактил, *Аминазин* и др.
Пиперидиновые фенотиазины	Тиоридазин	*Меллерил, Сонапакс*
	Мезоридазин	Серентил
Пиперазиновые фенотиазины	Флуфеназин	Проликсин, Пермитил, *Модитен-депо, Лиоген*
	Трифлуоперазин	*Стелазин, Трифтазип*
	Перфеназин	Трилафон, *Этаперазин*
	Прохлорперазин	Компазин, *Метеразин*
Тиоксантены	Тиотиксен	*Наван, Тиотиксен*
	Хлорпротиксен	*Тарактан, Хлорпротиксен*
Бутирофеноны	Галоперидол	Халдол, *Галоперидол*
	Пимозид	*Орап, Пимозид*
Дибензоксазепины	Локсапин	Локситан
Производные индола	Молиндон	Мобан
Дибензодиазепины	Клозапин	Клозарил, *Лепонекс, Азалептин*

Многие антипсихотики могут вводиться в виде инъекций кратковременного действия, а два препарата — флуфеназин и галоперидол — являются лекарствами длительного действия, их инъекции требуется повторять раз в четыре недели[2].

1. В табл. 1 курсивом выделены торговые названия препаратов, применяемых в России.
2. В России соответственно Модитен-депо и Галоперидол-деканоат. Их называют «пролонгированными» нейролептиками, или «пролонгами» *(прим. ред.)*.

Подобные инъекции длительного действия чрезвычайно полезны, когда пациентам трудно (или они отказываются) употреблять таблетки. В этом случае, чтобы чувствовать себя хорошо, им нужно лишь раз в несколько недель зайти в клинику для инъекции, которую обычно делают в ягодичную мышцу, но, по желанию пациента, их можно делать также и в плечо.

Антипсихотики можно условно подразделить на сильные, средние и слабые — в зависимости от величины дозы, необходимой для достижения нужного эффекта. Так, Аминазин и Сонапакс[1] относятся к слабым, поскольку требуется 20 мг этих лекарств для получения того же эффекта, что достигается при помощи 1 мг Лиогена (Модитена) или галоперидола. Последние относятся к группе сильнодействующих антипсихотиков. Другими словами, действие Лиогена и галоперидола в 20 раз сильнее, чем Аминазина и Сонапакса[2].

Общие принципы действия антипсихотических лекарственных средств

Действуют ли эти лекарства?

Эффективность применения антипсихотических средств доказана. Исследования показывают, что у 70 процентов пациентов с шизофренией после применения этих лекарств наступает очевидное улучшение, у 25 процентов улучшение. не столь значительно или отсутствует, и только у пяти процентов больных наблюдается ухудшение состояния. Эти данные говорят о примерно такой же эффективности антипсихотических лекарств, какую дает пенициллин при лечении пневмонии или стрептомицин при лечении туберкулеза. Антипсихотические препараты подавляют симптоматику

1. Здесь и далее употребляются названия, принятые в России *(.прим. ред.)*.
2. Кроме перечисленных препаратов, у пас в стране применяются производные бензамида (Эглонил, синонимы: Догматил, Сульпирид, Сипедил). Лепонекс и Эглонил называют «атипичными нейролептиками» из-за особенностей их действия *(прим. ред.)*.

заболевания, сокращают время пребывания пациента в клинике и резко уменьшают вероятность повторной госпитализации. Если раньше пациенты с шизофренией обычно проводили в клинике от нескольких недель до нескольких месяцев, то благодаря применению подобных лекарств это время теперь исчисляется буквально несколькими днями, причем еще более убедительно выглядят данные о снижении необходимости повторных профилактических госпитализаций. Например, Джон Дэвис провел специальное исследование, проанализировав данные, полученные в результате 25 контрольных проверок эффективности действия антипсихотических препаратов. В ходе каждой из них было доказано, что употреблявшие антипсихотические лекарства пациенты гораздо реже подвергаются повторной госпитализации, чем лица, которые эти препараты не использовали. Данные по повторным госпитализациям в каждой из этих двух групп пациентов свидетельствуют о существенной разнице между ними, особенно заметной у хронически больных. В среднем вероятность избежать повторной госпитализации у лиц, принимавших антипсихотические средства, составляет 60 процентов, тогда как у больных, не пользовавшихся этими лекарствами, она составляет всего 20 процентов.

Еще более внушительное впечатление производят данные об эффективности инъекций антипсихотиков длительного действия — пролонгов (когда их назначение достаточно правомерно). По данным одного из обследований, среди пациентов, применявших антипсихотики длительного действия, обострения заболевания в течение года наблюдались лишь у восьми процентов, тогда как среди не пользовавшихся этими лекарствами пациентов обострения имели место у 68 процентов. В другом исследовании утверждалось, что среди пациентов, которым вначале регулярно делали инъекции этих препаратов, в течение двух лет после прекращения инъекций обострение наблюдалось у 80 процентов больных. Все это свидетельствует о том, что, хотя эти препараты и не гарантируют, что человек снова не заболеет, они значительно повышают его шансы не попасть в психиатрическую клинику. Подобные данные об эффективности антипсихотических лекарств настолько очевидны,

что любой врач или психиатр, кто не хочет попробовать назначить их больному шизофренией, по всей видимости, просто некомпетентен. Все это отнюдь не означает, что лекарства являются единственным средством для успешного лечения шизофрении, но они являются одним из наиболее существенных компонентов лечебной программы.

Антипсихотические препараты обладают различной эффективностью применительно к отдельным симптомам шизофрении. Они наиболее эффективны при борьбе с бредом, галлюцинациями, агрессивным или дурашливым поведением, расстройствами мышления и другими «позитивными» симптомами. Например, эффективность применения антипсихотических средств против слуховых галлюцинаций, одного из самых распространенных и неприятных симптомов шизофрении, составляет от 80 до 90 процентов, причем галлюцинации значительно сокращаются вплоть до полного их прекращения. Антипсихотические средства менее эффективны (а иногда и вообще не оказывают никакого действия) при таких симптомах, как апатия, аутизм, безволие и притупление эмоций, то есть при «негативных» симптомах.

Как эти лекарства действуют?

Раньше было широко распространено мнение, что антипсихотические препараты действуют путем блокирования дофаминовых рецепторов тех клеток головного мозга, которые в качестве нейромедиатора используют дофамин. Однако в последнее время были получены данные, позволяющие усомниться в подобном предположении. Известно, например, что дофаминовая блокада прекращается примерно через 24 часа после приема лекарства, тогда как длительность его терапевтического действия может составлять несколько дней или даже недель. Известен также тот факт, что клетки, использующие в качестве нейромедиатора дофамин, достаточно малочисленны в тех областях лимбической системы головного мозга (например, в гиппокампе), которые, как считается, затрагиваются при шизофрении. И наконец, клозапин (Лепонекс) почти не действует на дофаминовые рецепторы, но тем не менее он является эффективным антипсихотиком.

Следует признать, что в действительности мы точно не знаем, как именно действуют антипсихотические препараты. Возможно, их основной терапевтический эффект обусловливается их действием на какую-либо другую нейромедиаторную систему, например, на рецепторы, использующие в качестве медиаторов серотонин, гистамин, глутаминовую кислоту, ацетилхолин или норадреналин. Может быть, терапевтическое действие не связано с нейромедиаторами, а зависит от других свойств антипсихотиков, например, от их хорошо известного противовирусного эффекта. В конце концов, если мы до сих пор точно не знаем, как действует такое испытанное средство, как аспирин, то следует ли удивляться, что нам не известен и принцип действия антипсихотиков.

Можно ли заранее предсказать, кому и какие лекарства помогут?

Если быть точным, то на оба эти вопроса нужно ответить «нет». Больные, не реагирующие на медикаментозную терапию, обычно болеют дольше, у них проявляется больше неврологических нарушений и органических повреждений головного мозга, но подобные прогностические факторы довольно слабы. В настоящее время не существует способа заранее предсказать, какое именно лекарство наиболее подходит для конкретного больного, и единственным способом установить это является метод проб и ошибок. Тем не менее здесь нужно выделить три ключевых момента. Во-первых, если однажды данное лекарство данному человеку помогло, то скорее всего оно будет помогать ему всегда. Во-вторых, если в семье имеется психически больной, которому помогало" какое-то определенное лекарство, то, с большой долей вероятности, и другие члены семьи (в том случае, если они заболеют) будут хорошо на него реагировать. Это заставляет подозревать, что, возможно, имеется некоторая генетическая предрасположенность организма к действию определенных лекарств. В-третьих, было доказано, что если больной шизофренией проявляет резко отрицательную субъективную реакцию (называемую эффектом раздражения) на первую дозу данного лекарства, то возможность того, что в последующем оно станет ему помогать, очень мала.

Весьма вероятно, в будущем мы сможем заранее предсказывать, кому и какое лекарство нужно. В этом нам сможет помочь, например, использование электроэнцефалографии. Так, в одном исследовании, выполненном в 1994 году, анализ ЭЭГ-активности через шесть часов после введения первой дозы галоперидола позволил с большой степенью вероятности предсказать, на каких пациентов этот лекарственный препарат будет оказывать положительное действие.

На практике у каждого больного шизофренией или у членов его семьи должен иметься список опробованных им лекарств, в котором были бы указаны дозы (в миллиграммах) и отмеченный эффект (или его отсутствие). Это может принести огромную пользу и сэкономит больному и врачам многие недели, избавив в будущем от подбора нужного лекарственного средства методом проб и ошибок.

Сильные дозы, слабые дозы или никаких доз?

В последние годы стало ясно, что для того чтобы антипсихотическое лекарство оказало определенное действие, разным людям требуются различные дозы, что, по-видимому, обусловливается врожденными свойствами организма. Это и не удивительно, если вспомнить, насколько по-разному мы реагируем на те или иные химические вещества. Одного человека могут свалить с ног 100 граммов водки, а другой их вообще не почувствует. Точно так же обстоит дело и с лекарствами. Так, например, когда в одном исследовании группе больных шизофренией ввели по 20 мг (дневную дозу) флуфеназина (Лиогена), а затем измерили уровень его содержания в крови, то разница между самым низким и самым высоким уровнем содержания этого препарата была более чем сорокократной. Люди очень различаются по степени усвоения и выведения антипсихотиков из организма, так что для того чтобы уровень содержания лекарства в крови был один и тот же, одному пациенту может требоваться 10 мг, а другому — 400 мг. В другом эксперименте одним пациентам, чтобы достичь того же уровня содержания флуфеназина в крови, понадобилось ввести дозы, превышавшие вводимые другим пациентам в 32 раза.

Практическим следствием подобного разнообразия в дозировке является то, что как врачам, так и пациентам необ-

ходимо более гибко подходить к этому вопросу. Многим больным для вполне удовлетворительного самочувствия достаточно минимальной дозы, например, 1 мг флуфеназина, галоперидола или тиотиксена в день. У некоторых пациентов положительный эффект достигается с помощью таких небольших доз, как инъекция 12,5 мг флуфеназина в виде Модитена-депо раз в две недели. С другой стороны, бывают пациенты, которым необходимы огромные дозы антипсихотиков. В психиатрической литературе описаны случаи, когда требовалось 270 мг галоперидола, 480 мг тиотиксена или 500 мг локсапина. Лично мне приходилось иметь дело с больными, на которых не действовали ежедневные дозы меньше чем 150 мг флуфеназина (Лиогена) или 3000 мг хлорпромазина (Аминазина). Один известный нью-йоркский специалист по психиатрии заявил, что у него был пациент, который в течение месяца принимал по 1200 мг флуфеназина в день, продолжая при этом работать водителем такси! Что касается инъекций Модитена-депо длительного действия, шведский врач Свен Денкер с хорошими результатами использовал для трудно поддававшихся лечению пациентов недельные дозы в 900 мг (то есть 36 ампул!). Он наблюдал этих больных в течение десяти лет и не отметил никаких побочных эффектов, которые отличались бы от побочных эффектов при обычной дозировке. Максимальная доза у Денкера превышала минимальную (эффективную у других пациентов) более чем в 1400 раз! Подобные данные по разнообразию применяющихся доз позволяют предположить, что отсутствие действия антипсихотиков на некоторых пациентов может быть объяснено недостаточностью назначенной дозы. Это резко контрастирует с широко распространенным представлением, что в психиатрических клиниках всех пациентов пичкают огромными дозами лекарств. Правда заключается как раз в обратном, и в каждой муниципальной клинике, где мне приходилось бывать, на каждого пациента с передозировкой я выявлял, по крайней мере, двух больных шизофренией, которым были назначены недостаточные дозы того или иного лекарства.

Но подобные стереотипы живут очень долго, и представления о том, что пациентов «перелечивают», «одурманивают», «зомбируют», по-прежнему широко распространены. Появились они потому, что *симптомы* шизофрении часто

путают с *результатами* медикаментозного лечения. Так, когда в семье видят сидящего неподвижно родственника, апатичного, ко всему равнодушного, отличающегося бедностью мышления, то предполагают, что таким его сделали именно лекарства. Чтобы убедиться, что это не так, достаточно всего лишь поговорить с кем-нибудь, кто занимался лечением шизофрении еще до того, как в 50-х годах появились антипсихотические препараты, и вам наверняка скажут, что в те дни таких «одурманенных» пациентов было гораздо больше.

Сказанное не означает, что антипсихотическими лекарствами никогда не злоупотребляют и что никогда не бывает передозировки (с разрешения начальства, чтобы успокоить больного). Все это, конечно, может иметь место, но необходимо помнить, что, в разрез с существующими в массовом сознании стереотипами, при лечении шизофрении эта проблема совсем не самая главная, особенно если учесть, скольким пациентам вообще никогда не назначалось никакого медикаментозного лечения.

В последние годы значительно повысился интерес к стратегии «никаких доз вообще», которая состоит в том, что в период ремиссии прием лекарства прекращают, вплоть до обострения заболевания, после чего антипсихотик назначают вновь. Согласно только что полученным данным четырех групп исследователей (двух американских и двух европейских), у большинства пациентов с шизофренией подобная стратегия прерывания лечения к успеху не приводит — случаев повторной госпитализации среди них отмечается больше, чем среди тех, кто не прекращал прием лекарственных препаратов.

Как долго следует принимать антипсихотические средства?

Принимая во внимание, что у людей, получивших одну и ту же дозу лекарства, уровень его содержания в крови может быть самым разным, совсем не удивительно, что реагируют они на него тоже по-разному. С одной стороны, есть пациенты, у которых действие лекарства в резкой форме проявляется в течение двух суток с начала его приема,

а с другой — есть и такие пациенты, у которых реакция на лекарство развивается очень медленно, в течение нескольких месяцев. По данным Джеффри Либермана и его коллег, обследовавших группу впервые начавших медикаментозное лечение больных шизофренией, средний промежуток времени от начала приема лекарства до достижения максимального клинического эффекта составляет 35 недель, хотя у половины пациентов этот период не превышал 11 недель. Это означает, что лекарство действует быстро лишь у незначительного числа пациентов, а остальным требуется гораздо больше времени, чтобы оно оказало свое действие. Поэтому, когда лечишь шизофрению, нужно набраться терпения.

Так сколько же времени следует продолжать прием лекарств, после того как лечение начато? Известно, что среди тех пациентов, кто уже однажды болел шизофренией и выздоровел, у 25 процентов рецидива заболевания не будет и принимать антипсихотики им больше не понадобится. В настоящее время мы не знаем способа, как определить, принадлежит человек к этой группе или нет. Поэтому после исчезновения симптомов заболевания в течение нескольких последующих недель следует постепенно уменьшать дозу лекарства, после чего его прием можно прекратить.

У 75 процентов больных возможно возникновение рецидивов заболевания, когда им снова придется прибегнуть к медикаментозному лечению. Представителям этой группы лекарство следует принимать еще в течение нескольких месяцев после повторной ремиссии. Тем, у кого болезнь проявляется в третий раз, следует знать, что им придется пользоваться антипсихотиками в течение нескольких лет, и я всегда советую им считать себя кем-то вроде диабетика, постоянно нуждающегося в инсулине. Таким образом, можно сказать: после первого эпизода заболевания принимайте лекарство еще несколько недель; после второго эпизода — несколько месяцев; после третьего — в течение нескольких лет.

Следует ли сокращать или вообще прекращать прием антипсихотических препаратов с возрастом? Многие могут сделать это уже в сорок лет, но большинство — не раньше шестидесяти. Обычно чем старше пациент, тем меньшие дозы антипсихотика ему требуются.

Можно ли пристраститься к антипсихотическим препаратам?

Очень редки случаи, когда антипсихотические средства используются для достижения так называемого кайфа. Имеются сообщения о применении для этого только локсапина. У нормального здорового человека при приеме антипсихотического препарата не возникает никакого ощущения удовольствия или эйфории. У меня бывали пациенты из среды уличных торговцев наркотиками, которые пытались торговать антипсихотическими средствами, и я всегда говорил им: «Если вам удастся найти кого-то, кто у вас это купит, скажите тому человеку, что я с удовольствием дам ему то же самое бесплатно, поскольку он явно в этом лекарстве нуждается».

Что касается возможности возникновения наркотической зависимости от антипсихотических препаратов, то эта область еще не исследована. Человеческий организм привыкает к ним относительно медленно и, следовательно, не требует все большей и большей дозы, так что прекращение употребления антипсихотиков не сопровождается какими-либо абстинентными симптомами («ломкой»). Возможным исключением из этого правила является клозапин (Лепонекс), но эту проблему мы обсудим специально. Антипсихотические средства при шизофрении — в точности то же, что инсулин при диабете или дигиталис при поражении сердца, то есть это лекарства, необходимые организму для восстановления функций соответствующего органа (мозга, поджелудочной железы, сердца).

Помогает ли раннее начало медикаментозного лечения?

Недавние исследования подтвердили тот факт, что раннее начало лечения шизофрении может приводить к лучшим результатам, и наоборот, задержка с началом лечения может ухудшить возможный исход. По мнению д-ра Вьятта из Национального института психического здоровья, проанализировавшего 22 работы, посвященные методам лечения этого заболевания, «раннее начало лечения нейролептиками при первых симптомах шизофрении повышает вероятность улучшения в ходе длительной терапии». То же отмечает и

Либерман, говоря, что для больных молодого возраста «чем длительней период заболевания [до начала лечения], тем дольше будет продолжаться процесс восстановления здоровья пациента». В одной ирландской работе, посвященной проблемам шизофрении у пациентов, не подвергавшихся медикаментозному лечению, делается вывод, что «если не лечить проявления острого психоза при шизофрении, то, по-видимому, болезнь будет иметь тенденцию прогрессировать и, в долгосрочном прогнозе, оказывать разрушительное воздействие на интеллект». Из всего этого можно сделать вывод, что нежелание специалистов по психическим заболеваниям как можно раньше назначать больным шизофренией лечение антипсихотическими средствами следует классифицировать как недобросовестное отношение к своим обязанностям.

Побочные эффекты

«Антипсихотические препараты, — заявляет д-р Росс Дж. Бальдесарини, — относятся к наиболее безопасным из всех применяющихся в медицине лекарств». Будучи признанным авторитетом в этой области, Бальдесарини, вероятно, знает о чем говорит, несмотря на то, что его слова расходятся с обывательским представлением об этих лекарствах. Широко распространено мнение, что антипсихотики дают ужасные побочные эффекты, что они опасны и почти всегда приводят к поздней дискинезии (непроизвольным судорожным движениям мышц) и другим необратимым последствиям, которые могут быть хуже, чем сама шизофрения.

В этом вопросе прав доктор Бальдесарини, а общественное мнение ошибается. Антипсихотические препараты действительно относятся к наиболее безопасным лекарствам. Практически невозможно совершить самоубийство, используя большие дозы этих лекарств, очень редко они дают и серьезные нежелательные побочные эффекты.

Почему же тогда существует такое предубеждение и страх относительно антипсихотических лекарств? Причины этого во многом лежат в теориях возникновения шизофрении. Как мы уже отмечали выше, только в последние несколько лет появились более или менее убедительные дока-

зательства, что шизофрения является заболеванием биологической природы. Этому пониманию шизофрении энергично сопротивлялись многие специалисты в области психического здоровья, воспитанные в русле старых психогенных теорий. Одним из способов подобного сопротивления является их резко отрицательное отношение к лекарственным средствам. Тем самым они наводят пациентов на мысли об опасности лекарств и способствуют их возвращению в лоно психотерапии и других немедикаментозных методов лечения. Поэтому иногда можно встретить даже психиатров (которые, в принципе, должны бы быть лучше информированы), предупреждающих больных шизофренией о всевозможных ужасах, которые могут последовать, если пациенты начнут пользоваться антипсихотическими средствами. В оппозиции к антипсихотикам находятся и представители сайентологической церкви, основатель которой Л. Рон Хаббард решительно настроен вообще против психиатрии.

Все это я пишу не для того, чтобы заявить о полной безопасности антипсихотичес'ких препаратов или об отсутствии у них каких бы то ни было побочных эффектов. Они дают побочные эффекты, иногда такие сильные, что приходится приостанавливать и даже отменять применение данного лекарства. Одним из основных направлений в создании более совершенных антипсихотиков является поиск таких эффективных их компонентов, которые подавляли бы психотические симптомы и одновременно не давали нежелательных побочных эффектов. Важно еще раз повторить, что антипсихотические препараты в целом как группа лекарственных средств относятся к наиболее безопасным на сегодняшний день лекарствам и что именно благодаря их появлению в лечении шизофрении наметился значительный прогресс.

Побочные эффекты, возникающие при применении антипсихотических препаратов, можно рассматривать в комплексе. Некоторые побочные эффекты более свойственны отдельным лекарствам, но различие по сравнению с другими относительно невелико. Точно так же, как и при применении любого другого используемого в медицине лекарства, никогда нельзя точно предсказать, у какого человека какой побочный эффект может проявиться.

Типичные побочные эффекты

Здесь перечислены побочные эффекты, наиболее часто встречающиеся при приеме антипсихотических средств.

Успокоение, или *седация.* Встречается преимущественно при употреблении Аминазина, Сонапакса, Тизерцина и Лепонекса. С увеличением сроков приема препарата оно обычно снижается. Этот побочный эффект может быть сведен к минимуму путем принятия лекарства перед сном.

Сухость во рту, временные нарушения зрения, запоры. Встречаются большей частью при употреблении сильнодействующих средств типа Галоперидола и Лиогена (Модитена-депо). С увеличением сроков приема препарата эти побочные эффекты обычно уменьшаются.

Острые дискинетические реакции. Этот побочный эффект часто пугает пациентов и их родственников. Наблюдаются они обычно в первые дни после начала антипсихотической медикаментозной терапии, чаще встречаются у мужчин и лиц молодого возраста и представляют собой повышение тонуса мышц одной стороны шеи и челюсти. Шея часто становится такой жесткой, что перестает поворачиваться, из-за напряжения мышц языка бывает трудно говорить, иногда затрагиваются и мышцы глаз, приводя к тому, что глаза постоянно уставлены вперед или «закатываются» Уже через несколько минут этот побочный эффект может быть устранен с помощью таких антихолинергичес-ких средств, как Акинетон, Циклодол, Паркопан или транквилизаторов (Реланиум, Феназепам). Дискинетические реакции можно предупредить путем заблаговременного приема вышеуказанных средств. Кроме испуга, острые дискинетические реакции не причиняют пациенту никакого вреда.

Скованность движений и тремор (дрожание). Эти два побочных эффекта объединены, так как они обычно встречаются совместно и сходны с симптомами болезни Паркинсона. Им может сопутствовать замедленность движений, застывшее из-за повышения тонуса мышц выражение лица. Тремор может очень раздражать, особенно если работа пациента связана с письмом или другими движениями рук, требующими точности. Подобные побочные эффекты можно снять путем применения вышеуказанных антихолинергических средств (Циклодол, Акинетон) или бромокриптина

(Парлодел). Следует особо подчеркнуть, что скованность движений и тремор могут быть и следствием собственно шизофрении, а не только побочным эффектом применявшихся лекарств. В одном из новейших обследований больных шизофренией, которые никогда не подвергались медикаментозному лечению, отмечается, что у 29 процентов из них имела место некоторая скованность движений, а у 37 процентов — тремор.

Акинезия, или *уменьшение подвижности.* Обычно этот побочный эффект не проявляется ранее чем через несколько недель после начала применения антипсихотических препаратов. Часто он встречается у людей со скованностью и тремором. Его особенно трудно оценивать, поскольку уменьшение подвижности может являться также симптомом шизофрении или сопутствующей ей депрессии. Будучи побочным эффектом, уменьшение подвижности может быть успешно снято с помощью вышеуказанных антихолинергических средств.

Акатизия, или *повышенная подвижность.* Это один из самых неприятных побочных эффектов антипсихотических препаратов, встречающийся примерно у четверти всех пациентов. Состоит он в ощущении ненужности отдыха, потребности двигаться и прыгать[1]. Такие люди часто меряют шагами комнату или переминаются с ноги на ногу. Проявиться подобный побочный эффект может в течение трех дней после начала приема лекарства, и часто именно вследствие такого побочного эффекта больные отказываются применять тот или иной антипсихотик. У многих людей снять этот эффект можно с помощью Пропранолола или других бета-ад реноблокаторов, Клонидина или Феназепама. Некоторым больным приходится из-за него менять антипсихотический препарат.

Увеличение массы тела. Это также серьезный и довольно часто встречающийся побочный эффект действия антипсихотических средств. Точный механизм его появления изучен еще недостаточно, но у некоторых пациентов он связан с повышением аппетита. Увеличение массы тела вследствие медикаментозной терапии может смешиваться с увели-

1. Больные часто метко называют это состояние «неусидчивость-неулежчивость» *(прим. ред.).*

чением массы тела больного из-за сокращения двигательной активности и депрессии, часто сопутствующих течению шизофрении. Наилучший способ бороться с этим нежелательным явлением у больных шизофренией тот же, что и у здоровых людей: здоровая диета и физические упражнения. Имеются также свидетельства, что менее всего вызывает повышение массы тела молиндон (Мобан), так что больным с указанной проблемой, может быть, имеет смысл попытаться применять именно это антипсихотическое средство.

Менее типичные побочные эффекты

Ниже описаны менее типичные побочные эффекты антипсихотических препаратов.

Расстройство половой функции. Подобное расстройство может иметь место как побочный эффект действия антипсихотических средств, но относительно его серьезности и частоты встречаемости ведутся споры. У представителей обоих полов может отмечаться снижение интереса к половой жизни, у мужчин — импотенция или преждевременное семяизвержение. Импотенция особенно часто отмечается при употреблении Сонапакса. Оценить, в какой мере эти эффекты возникают именно вследствие применения лекарств, довольно трудно, поскольку они могут быть свойственны и собственно шизофрении. Так, например, у мужчин при шизофрении довольно часто встречается импотенция, и нельзя приписывать ее возникновение только действию антипсихотиков. Среди клиницистов существует устоявшееся мнение, что наибольшие побочные эффекты такого типа вызывают хлорпромазин (Аминазин) и тиоридазин (Сонапакс, Меллерил). Некоторые врачи полагают (хотя это и не доказано), что отчасти подобным действием могут отличаться молиндон (Мобан) и локсапин (Локситан).

Серьезность этих симптомов трудно оценить еще и потому, что половая функция у здоровых людей бывает самой разной. У некоторых людей, относительно мало интересующихся половой жизнью, ослабление влечения вследствие действия антипсихотических препаратов может остаться незамеченным. Для других это является катастрофой, и они поэтому могут настаивать на прекращении применения данного лекарства. У меня, например, был пациент, который,

пока проводился курс лечения, был полным импотентом, а без лекарства у него наступало обострение психоза. Этот пациент был поставлен перед весьма болезненной для него дилеммой. Роль врача в подобных случаях заключается в максимально ясном изложении пациенту всех возможностей и последствий его выбора, а затем — в поддержке его решения. К счастью, дилеммы подобного рода встречаются довольно редко.

Изменения менструального цикла. Подобные изменения могут иногда происходить у принимающих антипсихотики женщин. Они также могут быть следствием самого заболевания и были описаны еще до появления антипсихотических препаратов.

Галакторея — выделения из сосков. Это явление может наблюдаться как у женщин, так и у мужчин, и является следствием воздействия лекарства на гипофиз.

Задержка мочеиспускания. Может наблюдаться у пожилых пациентов, особенно у мужчин с увеличенной предстательной железой.

Учащение пульса или обмороки. Чаще встречается у пациентов с заболеваниями сердца или проблемами с артериальным давлением, так как антипсихотики снижают давление.

Припадки. Наблюдаются довольно редко, за исключением лиц, принимающих Лепонекс. При приеме этого лекарства припадки отмечаются в 3-5 процентах случаев, обычно у больных, имеющих предрасположенность к ним.

Фотосенсибилизация. Повышение чувствительности кожи к прямым солнечным лучам. Этого побочного эффекта можно избежать, укрываясь от прямого воздействия солнца,, например, используя тенты или широкополые шляпы.

Уменьшение числа лейкоцитов. Встречается довольно редко, за исключением применения Лепонекса, о котором мы будем говорить ниже.

Нарушение функции печени. При появлении в 60-х годах Аминазина наблюдалось довольно часто, в настоящее время встречается редко.

Повреждение глаз. При применении больших доз Сонапакса (Меллерила) может наблюдаться повреждение сетчатки глаза. По этой причине не следует применять Сонапакс в дозах, превышающих 800 мг в день.

Поздняя дискинезия

Поздняя дискинезия является серьезным побочным эффектом применения антипсихотических препаратов. Те опасения, с которыми многие люди относятся к использованию антипсихотиков, связаны именно с этим побочным действием, ставшим для противников психиатрии своего рода жупелом. Поздняя дискинезия действительно представляет собой серьезную проблему, но совершенно не такую страшную, как изображают апологеты всей этой истерии.

Поздняя дискинезия проявляется в непроизвольных движениях языка и рта, таких, как пожевывание, посасывание, причмокивание, перекатывание языка за щекой. Иногда они сопровождаются резкими, бесцельными движениями рук и ног или, реже, всего тела. Обычно они начинаются в период приема лекарства, но в редких случаях могут начаться уже после того, как прием лекарства прекращен. Эффективного лечения поздней дискинезии в настоящее время не найдено.

Степень распространенности поздней дискинезии определить довольно трудно, так как она может проявляться не только как побочный эффект антипсихотиков, но и как следствие самого психического заболевания. Анализ историй болезни 600 пациентов английских психиатрических лечебниц за 1845-1890 годы обнаружил, что «преобладание ненормальных движений и поз... расстройства двигательной активности, часто сходные с поздней дискинезией, выявлены почти у одной трети шизофреников». Существует тенденция приписывать все случаи возникновения поздней дискинезии действию лекарств, хотя на самом деле большой процент таких случаев никакого отношения к медикаментозному лечению не имеет. В своей статье с едким названием «Не все, что движется, является поздней дискинезией» Хот и Вьятт сделали вывод, что реальная встречаемость лекарственно-обусловленной дискинезии составляет менее 20 процентов. Это хорошо согласуется и с выводами Американской психиатрической ассоциации, занимавшейся в 1980 году специальным исследованием этого вопроса.

В настоящее время проводится много работ по изучению того, какие больные шизофренией предрасположены к поздней дискинезии. Уже ясно, что с возрастом человек становится к ней более восприимчив. Так же ясно, что женщины

подвержены ей чаще, чем мужчины, как и пациенты с аффективными расстройствами (например, депрессией или манией). Исследуются и другие факторы риска, такие, как этническая принадлежность (евреи, например, подвержены дискинезии больше, чем китайцы), дозировка антипсихотических препаратов, продолжительность курса лечения, совместимость медикаментозного лечения с алкоголем, табаком и употреблением наркотиков, наличие сопутствующих органических повреждений головного мозга, а также многие другие, но определенности пока нет. Также нет явных доказательств того, что один какой-либо антипсихотический препарат (за исключением Лепонекса, который лишь в редких случаях может вызывать симптомы дискинезии) дает более или менее выраженный побочный эффект в виде поздней дискинезии, чем другой.

В последнее время появилось очень много данных о протекании дискинезии. Раньше многие считали, что ее симптомы, раз появившись, будут только усиливаться с продолжением медикаментозного лечения. Это ставило многих больных шизофренией перед тяжелой проблемой выбора: принимать ли лекарство, чтобы чувствовать себя лучше, или прекратить его прием из страха перед первыми симптомами дискинезии. В ходе десятилетнего наблюдения за 44 больными с поздней дискинезией, продолжавшими принимать антипсихотические средства, было обнаружено, что усиление симптомов дискинезии наступило у 30 процентов, у 50 процентов они остались прежними и у 20 процентов было отмечено фактическое ослабление симптоматики. Другое исследование (также основанное на длительном наблюдении в течение 10 лет) показало, что количество случаев дискинезии сокращалось каждый год на 5 процентов *даже при продолжении приема антипсихотических препаратов.*

Согласно д-ру Дэниелу Кейзи, ведущему специалисту по поздней дискинезии, из каждых ста больных шизофренией дискинезия встречается у двадцати человек. Среди этих двадцати у пяти человек дискинезия со временем полностью исчезнет, а у еще пяти наступит существенное улучшение. Кейзи добавляет: «Почти у всех оставшихся 10 пациентов симптомы дискинезии колеблются от слабых до средних. Сильная поздняя дискинезия встречается чрезвычайно редко — у одного из ста или тысячи пациентов».

Лучшим средством против поздней дискинезии является профилактика, а именно прием антипсихотических препаратов только при необходимости. Все пациенты, пользующиеся подобными лекарствами, должны находиться под наблюдением на предмет появления непроизвольных движений (например, движений языка). Для оценки прогрессирования этого заболевания может пригодиться шкала ненормальных непроизвольных движений. Если у человека начинают проявляться симптомы поздней дискинезии, его следует тщательно обследовать с целью перевода на Лепонекс. Для лечения хронических случаев поздней дискинезии средства пока нет, несмотря на усиленные поиски.

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС)

Хотя этот побочный эффект антипсихотических препаратов встречается довольно редко, тем не менее он заслуживает серьезного изучения. Встречается он примерно у одного из каждых 500 пациентов,, причем у мужчин в два раза чаще, чем у женщин. Появиться он может в любой период приема лекарств, даже после нескольких лет лечения, но в большинстве случаев его симптомы возникают в течение первых десяти дней после начала приема антипсихотика. Симптомы ЗНС медленно развиваются на протяжении одного-трех дней, они выражаются в напряженности мышц, лихорадочном состоянии, бледности, потливости и ускорении пульса. Лабораторные анализы показывают увеличение числа лейкоцитов в крови и повышение активности креатинфосфокиназы.

Точные причины возникновения злокачественного нейролептического синдрома неизвестны, ясно лишь, что он является следствием токсической реакции на данное лекарство. 'Свидетельств, что он чаще вызывается каким-то конкретным антипсихотиком, нет. У 15-20 процентов пациентов с данным синдромом наступает летальный исход, хотя в настоящее время этот процент может быть сокращен благодаря появлению новых лекарств (дантролена, бромокрипти-на), эффективность которых доказана. Пока еще не ясно, какое отношение данный синдром имеет к злокачественной гипертермии, редко встречающейся, но потенциально смер-

тельной аллергической реакции на используемые в медицине обезболивающие препараты. Он также имеет некоторое сходство со смертельной кататонией, очень редким, но могущим иметь летальные последствия заболеванием, при котором у пациента резко подскакивает температура тела[1]. Смертельная кататония была описана еще до появления антипсихотических препаратов и, как предполагают, является осложнением, которое может давать шизофрения вследствие поражения участков головного мозга, контролирующих температуру тела.

Клозапин (Лепонекс)

Клозапин (торговое название ЛепоНекс, Азалептин) по своему химическому составу относится к дибензодиазепинам. Он довольно близок к семейству транквилизаторов (Седуксен, Феназепам, Лоразепам). Будучи довольно эффективным новым антипсихотиком, он поначалу не получил широкого распространения из-за слишком высокой цены, установленной его изготовителем, фирмой «Сандоз». Высокая цена препарата и обязательность проведения постоянных анализов состава крови в ходе применения вынудили 23 штата начать судебный процесс против фирмы «Сандоз», завершившийся в 1992 году тем, что эта фармацевтическая корпорация согласилась выплатить клиентам 20 миллионов долларов в возмещение их убытков.

Клозапин оказался довольно популярным из-за того, что примерно у трети пациентов, которым не помогали другие лекарства, появились некоторые признаки улучшения. В некоторых случаях это улучшение было настолько существенным, что в июле 1992 года клозапин попал даже на обложку журнала «Тайм». В то же время у большинства применявших его пациентов улучшение было не таким значительным, а у многих его вообще не наблюдалось. Еще одним существенным преимуществом этого препарата стало то, что он очень редко вызывает дискинезию, так что его

1. Смертельная кататония (синонимы — фебрильная кататония, гипертоксическая шизофрения, острый делирий и прочее) — заболевание не установленной этиологии, нередко приводящее к смертельному исходу *(прим. ред.).*

стали применять в первую очередь во всех случаях, когда у больного имелись соответствующие показания.

Клозапин прозвали «атипичным» антипсихотическим средством, поскольку, как выяснилось, он не действует непосредственно на дофаминовые (D-2) рецепторы нейронов головного мозга. Он является сильным блокатором серотонина (5-НТ2) и, кроме того, блокирует рецепторы норадреналина, ацетилхолина и гистамина. Тем не менее нам кажется,, что называть клозапин «атипичным» несколько преждевременно, поскольку мы до сих пор не знаем, ни как работает он, ни как работают так называемые типичные антипсихотики.

Наиболее существенным побочным эффектом клозапина является *агранулоцитоз* — уменьшение количества лейкоцитов. Так как лейкоциты используются организмом для борьбы с инфекциями, то уменьшение их числа ослабляет возможность организма противостоять заболеваниям. При употреблении клозапина агранулоцитоз развивается примерно у одного процента пациентов, поэтому клиническая картина крови больных должна постоянно тестироваться. Наибольшему риску здесь подвержены женщины и пожилые люди. При развитии агранулоцитоза в процессе применения клозапина у 23 процентов пациентов он возникает к концу первого месяца лечения, у 61 процента — к концу третьего месяца и у 70 процентов — через шесть месяцев после начала приема этого лекарства. Следовательно, каждую неделю необходимо исследовать кровь, для того чтобы выявить пациентов, у которых начинает снижаться количество лейкоцитов. Если наблюдается резкое уменьшение их числа, то прием клозапина должен быть прекращен. В США подобная практика еженедельных анализов продолжается до сих пор, хотя в настоящее время ведется изучение этого вопроса, и, вероятно, данный порядок будет несколько изменен. После полугода применения клозапина проведение анализов крови осуществляется в Англии — раз в две недели, а в Германии и Финляндии — раз в месяц. В Канаде разрабатывается прибор для подсчета количества лейкоцитов в домашних условиях, что может существенно облегчить эту еженедельную процедуру для всех пациентов, принимающих данное лекарство.

Несмотря на постоянный контроль за картиной крови, в США за период с 1990 по 1993 годы было зарегистрировано

одиннадцать случаев смерти от агранулоцитоза. Учитывая, что в это время клозапин принимали примерно 60 тысяч пациентов, уровень смертности составил 1 случай на 5,5 тысяч человек. В связи с этим клозапин лучше считать антипсихотическим препаратом не первого, а, скорее, второго ряда — для тех больных, у которых другие лекарства не дают нужного эффекта или у которых развивается дискинезия.

Помимо агранулоцитоза, у клозапина имеются и некоторые другие побочные эффекты, такие, как слабость, седация (у 39%) и повышенное слюноотделение (у 31%). У некоторых пациентов седативный эффект может быть уменьшен добавками активирующих препаратов. Так же, как и при приеме других антипсихотиков, может наблюдаться увеличение массы тела. По данным одного исследования, у пациентов, начавших принимать клозапин, масса тела увеличилась в среднем на 6 кг за первые четыре месяца, а по данным другого — в среднем на 7,5 кг за полгода. Еще одним побочным эффектом клозапина могут стать судорожные припадки, наблюдающиеся у трех-пяти процентов всех лиц, принимающих данное средство, и более часто отмечающиеся при повышенных дозах. Также могут наблюдаться учащение пульса, головокружение, снижение артериального давления, запоры, тошнота и рвота.

В вопросе использования клозапина имеется еще один аспект, в настоящее время недостаточно изученный. Так как клозапин является дибензодиазепином, то при его назначении пациентам, принимающим какие-либо бензодиазепиновые транквилизаторы, может наблюдаться эффект совместного действия. Одним из побочных эффектов бензодиазепинов является затруднение дыхания, и было описано несколько случаев смерти из-за его остановки при одновременном приеме пациентом клозапина и соответствующих транквилизаторов. Таким образом, назначать клозапин больным, принимающим бензодиазепины, следует с большой осторожностью — только при крайней необходимости и в тех случаях, когда проводится постоянный контроль за артериальным давлением.

То, что клозапин близок к бензодиазепинам, поднимает также вопрос, не могут ли при внезапном прекращении его приема проявляться симптомы абстиненции. У большинства бензодиазепинов такие симптомы могут иметь место. Еще в

1984 году в Европе появились сообщения, что при резком прекращении приема клозапина после нескольких месяцев лечения могут усиливаться психотические симптомы и суицидные идеи. В связи с этим прекращать прием клозапина следует постепенно, за исключением тех случаев, когда угроза агранулоцитоза требует немедленного прерывания курса.

Рисперидон

Рисперидон (Риспердал) впервые появился в США в 1994 году. Он обходится пациенту примерно в две тысячи долларов в год, что намного дешевле, чем клозапин. Рисперидон является сильным блокатором рецепторов серотонина (5-НТ2) и дофамина (D-2) и, так же как клозапин, был отнесен к «атипичным» антипсихотикам.

Пока что преждевременно оценивать место рисперидона в лечении шизофрении. В настоящее время считается полезным применять его на ранней стадии заболевания и предполагается, что он более эффективен, чем галоперидол, в подавлении бреда и галлюцинаций, а также, возможно, при таких симптомах, как аутизм, апатия и притупление эмоций. Его большая эффективность в сравнении с клозапином не доказана, в проведенном в 1994 году предварительном сравнительном исследовании лучшая реакция на него была отмечена лишь у одного пациента из десяти. Похоже, рисперидон не вызывает агранулоцитоза, так что нет необходимости в проведении постоянных анализов крови. По сравнению с галоперидолом наблюдаются меньшие скованность и тремор, а что касается возможной дискинезии, то по этому вопросу данных еще нет. К побочным эффектам действия рисперидона относятся седативный эффект, сухость во рту, нарушения зрения, головокружения и увеличение массы тела.

Новые и экспериментальные антипсихотические препараты

В США за период 1975-1990 годов не появилось никаких новых медикаментозных средств лечения шизофрении. Однако появление в 1990 году клозапина резко изменило эту

картину, и сегодня на различных стадиях разработки находится довольно много антипсихотических препаратов. Фармацевтические фирмы все больше осознают рыночный потенциал лекарств, предназначенных для лечения шизофрении, и на разработку новых направлений антипсихотической фармакологии бросаются огромные суммы. Новые лекарственные препараты воздействуют на разные группы рецепторов, включая дофаминовые D-2 (раклопирид, амисульпирид), серотониновые 5-НТ2 (например, ританзерин), D-2 плюс 5-НТ2 (например, оланзапин), D-2 плюс 5-НТ2 плюс адренергические (например, амперозид) и 5-НТ (ондансетрон), но точная взаимосвязь между блокадой данных рецепторов и клинической эффективностью этих лекарств до конца еще не понята. Ниже описаны несколько новых антипсихотических препаратов:

Ремоксипирид: близок сульпириду (эглонилу), многие годы применявшемуся в Европе. Считается, что более эффективен при «негативных» симптомах и вызывает меньшие скованность, тремор и акатизию. Приниматься должен несколько раз в день. Клинические испытания были прекращены в 1993 году после нескольких случаев смертельного исхода вследствие апластической анемии; будут ли они продолжены, точно не известно.

Амисульпирид: также близок сульпириду. Предположительно отличается меньшим седативным эффектом.

Раклопирид: также близок сульпириду. Считается, что приводит к меньшим скованности, тремору и акатизии, но принимать его следует несколько раз в день.

Ританзерин: мощный блокатор рецепторов серотонина, но его сила как антипсихотического препарата находится под вопросом.

Ондανзетрон: блокирует серотониновые (5-НТ3) рецепторы и, похоже, дает относительно мало побочных эффектов.

Амперозид: подобно клозапину блокирует как дофаминовые, так и серотониновые рецепторы. Дает меньший седативный эффект.

Клокапрамин: применяется в Европе и не оказывает, похоже, седативного действия. К побочным эффектам относятся скованность, тремор и, возможно, дискинезия.

Мелъперон: также применяется в Европе и сходен с галоперидолом, но блокирует и рецепторы серотонина.

Оланзапин: блокирует рецепторы серотонина (5-НТ2 и 5-НТ1С), дофамина (D-2, D-4, D-1) и мускариночувствительные парасимпатические рецепторы (м-холинорецепторы).

Савоксепин: осуществляет блокаду рецепторов подобно клозапину.

Кроме перечисленных выше 10 новых экспериментальных лекарственных средств, имеется и длинный перечень других антипсихотиков, находящихся на различных этапах разработки. Некоторые из них приведены ниже (под названием или просто регистрационным номером). Любой из них может привести к существенному прогрессу в лечении шизофрении.

- B-HT 920;
- BMY 14802;
- CP 88059;
- ICI-204,636;
- MDL 100,907;
- ORG 5222;
- RWJ37796;
- SDZDOD-647;
- БРОФАРАМИН;
- ГЕВОТРОЛИН;
- ЗАКОПРИД;
- ЗАТОЗЕТРОН;
- ЗЕТЕФИН;
- ЗОТЕПИН;
- ИДАЗОКСАН;
- ИЗОФЛОКСИТЕПИН;
- КЛЕБОПРИД;
- МАНЗИДОЛ;
- ОКСИПРОТЕПИН;
- ПРАМИПЕКСОЛ;
- РОКСИНДОЛ;
- РОКСИНДОЛ;
- СЕРТИНДОЛ;
- СЕТОПЕРОН;
- ТЕРГУРИД;
- ТИОСПРИОН;
- ЭЛЬТОПРАЗИН;
- ЭМОНАПРИД.

Оценивая предполагаемую эффективность этих лекарств, важно иметь в виду, что некоторые исследователи, высказывающиеся в поддержку тех или иных препаратов, получают от фармацевтических фирм значительную финансовую поддержку (вплоть до оплаты всех их транспортных расходов). Поэтому специалистам в области психических заболеваний, больным и их родственникам следует проявлять по поводу всяческой рекламы новых препаратов здоровый скептицизм, до тех пор пока эти заявления не будут подтверждены независимыми от фармакологических фирм клиницистами.

Взаимодействие антипсихотических средств с другими лекарственными препаратами

Побочные эффекты могут проявляться не только вследствие приема самих антипсихотических препаратов, но и из-за их взаимодействия с другими лекарствами, принимаемыми данным человеком. Врачам при назначении антипсихотических средств и больным при их применении следует знать о том, как эти лекарства сочетаются между собой. Многие из описанных эффектов встречаются очень редко. Наличие эффекта от совместного применения не обязательно означает, что эти лекарства нельзя применять одновременно, нужно лишь делать это с осторожностью. Большинство имеющихся на сегодняшний день данных о несовместимости лекарственных средств относится к фенотиазинам, которые применяются дольше всего, но следует предполагать (пока не доказано обратное), что любое антипсихотическое средство может давать подобные эффекты (табл. 2).

Таблица 2

Взаимодействие антипсихотических лекарств с другими препаратами

Антипсихотическое средство может взаимодействовать с	Эффект
Алкоголем	Нарушение координации движений
Аммония хлоридом	Снижение эффективности антипсихотического средства
Амфетаминами	Усиление психотических симптомов
Анестетиками	Усиление гипотензии
Антацидами	Снижение эффективности антипсихотического средства
Антидепрессантами	Усиление сонливости
Антигистаминными препаратами	Усиление сонливости
Барбитуратами	Усиление сонливости
Бензодиазепинами	Усиление сонливости

Антипсихотическое средство может взаимодействовать с	Эффект
Бета-адреноблокаторами	Увеличивает содержание антипсихотика в крови
Клофелином	Снижение эффективности клофелина
Антикоагулянтами	Увеличивает время свертывания крови
Адреналином	Гипотензия
Флуоксетином (Прозаком)	Усиление тремора и оцепенелости
Гризеофульвином	Снижение эффективности антипсихотического средства
Инсулином	Увеличение потребности в инсулине
Иониазидом	Нарушение функции печени
L-дофой	Снижение эффективности L-дофы
Ингибиторами МАО	Гипотензия, усиление психотических симптомов
Наркотиками, например кодеином	Усиление сонливости

Существует небольшое количество реакций, по-видимому, присущих конкретным антипсихотическим средствам (табл. 3):

Таблица 3

Взаимодействие некоторых антипсихотических лекарств с другими препаратами.

Антипсихотик	Взаимодействует с	Эффект
Клозапин (Леионекс)	Бензодиазепинами	Нарушение дыхания
Флуфеназин (Лиоген)	Витамином С	Снижение эффективности флуфеназина
Галоперидол	Индометацином	Усиление сонливости
	Альдометом	Изменения психики
Этаперазин	Тетурамом	Снижение эффективности Этаперазина

Другое лекарственные средства, применяемые при лечении шизофрении

В лечении шизофрении применяются и другие лекарственные средства, не только антипсихотические. Некоторые из них, например антихолинергетики и соли лития, используются чаще, а некоторые, например вальпроевая кислота или верапамил, — реже, в исключительных случаях или когда пациенту не помогают антипсихотики. Как ни странно, но исследований по этому вопросу довольно мало. Как отмечалось в одном недавнем обзоре, «нельзя не удивиться, сколь мало число работ по дополнительным и альтернативным методам соматического лечения пациентов, маловосприимчивых к нейролептикам, особенно если учесть всю важность этой проблемы».

Антихолинергические препараты

Это класс лекарственных средств, включающий в себя бензотропин (Когентин), бипериден (Акинетон), проциклидин (Кемадрин), тригексифенидил (Артан)' и другие. Антихолинергические препараты начали использоваться вскоре после появления антипсихотических средств, прежде всего благодаря своей известной способности блокировать дистонические реакции. Они используются также для лечения тремора и акатизии, вызванных антипсихотиками.

В течение многих лет считалось нормальной практикой сочетать лечение антипсихотиками с применением антихолинергических средств на тот период, пока проявляются побочные эффекты. В последнее время вошло в обычай использовать антихолинергические препараты в качестве профилактических средств, особенно у молодых пациентов (для которых дистонические реакции типичны) и пациентов с параноидным бредом (дистоническая реакция для которых служит «доказательством», что врач пытается его отравить). В одной из работ утверждается, что применение антихолинергических средств в течение недели перед нача-

1. В России используются Артан (Циклодол, Паркопан) и Акинетон *(прим. ред.)*.

лом антипсихотической терапии дает намного больше выгод, чем возможного риска.

Длительное применение антихолинергических средств при шизофрении наряду с антипсихотиками по-прежнему вызывает много споров. С одной стороны, некоторые психиатры утверждают, что антихолинергики не только блокируют побочные эффекты, но и усиливают у многих пациентов действие антипсихотических препаратов. С другой стороны, имеются психиатры, убежденные, что эти средства уменьшают эффективность антипсихотиков и увеличивают вероятность поздней дискинезии.

Антихолинергические средства могут взаимодействовать с амантадином (противовирусным препаратом), вызывая потерю ориентировки и галлюцинации, так что использовать их вместе следует с большой осторожностью. Они могут также уменьшать эффективность циметидина, используемого для лечения язвенной болезни. Появилось также несколько сообщений о случаях «кайфа» от антихолинергиков среди больных шизофренией. У меня был один пациент, известный во всех отделениях «Скорой помощи» Вашингтона своей способностью симулировать острую дискинетическую реакцию ради инъекции бензотропина (Когентина)[1].

Соли лития

С момента появления в 1950-х годах антипсихотических препаратов соли лития в психиатрии являются наиболее , широко используемым лекарством. Фактически соли лития как лекарственный препарат были открыты даже раньше — д-ром Джоном Кейдом в Австралии в 1948 году, но по разным причинам в США они стали применяться только в 70-х годах. Очень быстро они стали основным лекарством для лечения и профилактики маниакально-депрессивного психоза, а в последние годы доказали свою эффективность и в лечении больных шизофренией.

Как и в случае антипсихотических препаратов, пока что точно не известно, как действуют соли лития, возможно, их

1. Циклодол (Артан) входит в число токсикоманических препаратов (галлюциногенов), вызывающих психическую зависимость *(прим. ред.).*

эффективность связана со способностью регулировать прохождение различных веществ через клеточные мембраны. Ясно лишь то, что примерно у трети больных шизофренией соли лития в сочетании с антипсихотиками эффективны при подавлении таких симптомов, как галлюцинации, бред и расстройства мышления. Часто они эффективны даже тогда, когда сами антипсихотические препараты не срабатывают. Пациента с шизофренией нельзя зачислять в категорию «не поддающихся лечению» до тех пор, пока не будут испробованы соли лития в сочетании с антипсихотическими средствами.

Соли лития выпускаются в таблетках или в жидкой форме. Раньше считали, что следует принимать их два или три раза в день, но новейшие исследования показали, что принимать их можно и один раз в день, даже через день. Перед началом литиевой терапии пациенту необходимо сделать анализ крови для выяснения функции почек и щитовидной железы, а женщинам следует пройти проверку на беременность (как и многие другие препараты, соли лития могут нанести вред плоду, и поэтому их нельзя применять в первые три месяца беременности). Кормящим матерям, принимающим соли лития, рекомендуется перевести ребенка на искусственное питание.

Соли лития отличаются от антипсихотических препаратов тем, что при передозировке они могут быть более опасны. Поэтому через каждые несколько дней надо проводить анализ крови на содержание лития, по мере привыкания пациента к данному лекарству эти анализы можно проводить реже. Через каждые полгода-год следует проводить анализ крови для проверки функции почек и щитовидной железы. Терапевтическое содержание лития в крови составляет 0,6-1,2 миллимоль на литр (ммоль/л), хотя у некоторых пациентов оно может быть 0,4-0,6 ммоль/л. Для достижения такого терапевтического уровня одному пациенту бывает достаточно 2-3 таблеток в день, а другому может понадобиться 6-8 таблеток. Чем старше пациент, тем меньшая доза ему нужна.

Побочными эффектами солей лития при нормальной дозировке могут являться жажда, частое мочеиспускание, дрожь (тремор) пальцев или рук, понос, отеки рук или голени, увеличение массы тела, изменение структуры волос,

прыщи и усиление псориаза (если человек им болен). Мой личный опыт свидетельствует, что наиболее неприятными побочными эффектами солей лития являются тремор и частое мочеиспускание, особенно по ночам. Если пациент хорошо реагирует на литий, то бороться с тремором в ряде случаев можно с помощью бета-адреноблокаторов, например пропранолола (Обзидана).

Если содержание лития в крови становится слишком высоким, то это может представлять серьезную проблему, иногда даже угрожающую жизни пациента. Симптомы интоксикации включают в себя рвоту, понос, общую слабость, шатающуюся походку, нарушение координации движений, бессвязную речь, головокружение, нарушения зрения, судороги и коматозное состояние. Ни в коем случае не следует давать соли лития пациентам с одним из перечисленных симптомов без врачебного осмотра. Даже если у пациента отмечена только рвота или понос (возможно, из-за желудочно-кишечной инфекции), надо прекратить прием солей лития до улучшения состояния больного. Содержание лития в крови повышается также в жаркие дни, когда человек сильно потеет, и в этих случаях нужно увеличить потребление жидкости.

Соли лития несовместимы или плохо совместимы со многими лекарственными препаратами. Из-за сообщений о токсичности соединения лития с галоперидолом велись даже споры о допустимости применения солей лития совместно с антипсихотическими препаратами при лечении шизофрении. Имеется общее согласие в том, что использование солей лития вместе с антипсихотиками безопасно до тех пор, пока пациента наблюдает врач. Многие препараты при взаимодействии с солями лития вызывают повышение содержания лития в крови, увеличивая тем самым вероятность литиевой интоксикации. К таким препаратам относятся мочегонные средства, аспирин, клоназепам, флуоксетин (Прозак), ибупрофен, индометацин, кетамин, метилдофа, метронидазол, пироксикам и другие.

Бензодиазепины

После успеха клозапина, близкого к семейству бензодиазепинов, снова возник интерес к возможности использования

этих лекарственных препаратов при лечении шизофрении. Были изучены диазепам (Реланиум), лоразепам (Ативан), альпразолам, Элениум и многие другие. Во всех подобных работах отмечается, что у некоторых больных шизофренией при бензодиазепиновой терапии наблюдается относительное улучшение клинической картины, но число таких пациентов очень невелико. Кроме того, у бензодиазепинов имеется тот недостаток, что если их принимать в течение нескольких месяцев, человек может пристраститься к ним, и при резком прекращении их приема могут возникать симптомы абстиненции вплоть до припадков[1].

Антидепрессанты

Больные шизофренией часто могут испытывать депрессию — как симптом или реакцию на свое заболевание. Особенно часто депрессия наблюдается в тех случаях, когда болезнь относится к категории шизоаффективного психоза. Симптомы депрессии могут быть похожи на другие симптомы шизофрении — апатию и упадок сил, они способны также усиливать проявление всех остальных симптомов. Довольно высокая встречаемость депрессии у больных шизофренией подтверждается и тем фактом, что у не менее чем 10 процентов пациентов отмечены попытки покушения на самоубийство.

Депрессию лечат при помощи антидепрессантов. Основными видами антидепрессантов являются трициклические препараты, ингибиторы МАО и такие новые серотониновые ингибиторы, как флуоксетин (Прозак), сертралин (Золофт) и пароксетин (Паксил)[2]. Все они успешно применяются для лечения депрессии. Тем не менее у любого типа антидепрессантов имеются свои побочные эффекты, они могут быть несовместимы с некоторыми антипсихотиками, так что при-

1. В нашей стране бензодиазепины широко применяются при шизофрении для лечения тревоги, страха, уменьшения побочных явлений антипсихотиков. При кратковременном назначении пристрастия к ним Не возникает *(прим. ред.)*.
2. При лечении антидепрессантами у больных шизофренией может наблюдаться обострение «позитивной» симптоматики — бред и галлюцинации *(прим. ред.)*.

менять их следует только под наблюдением врача, хорошо знакомого с этими лекарственными препаратами.

Карбамазепин

Карбамазепин (Тегретол, Финлепсин) широко применяется для лечения некоторых видов эпилепсии. В последние годы была отмечена его эффективность при лечении маниакально-депрессивного психоза, как вместо, так и в сочетании с солями лития. В качестве вспомогательного средства он относительно успешно применялся для лечения шизофрении — у больных с нарушениями энцефалограммы. Имеются некоторые данные, что при одновременном приеме карбамазепин может повышать эффективность галоперидола. Одним из наиболее серьезных побочных эффектов карбамазепина является агранулоцитоз, и поэтому его нельзя использовать вместе с клозапином, дающим иногда тот же побочный эффект.

Прочие

В качестве возможных средств лечения шизофрении испытывались и другие лекарственные препараты, включая апоморфин, баклофен, бета-адреноблокаторы (типа пропранолола), бромокриптин, блокаторы кальциевых каналов типа верапамила, клофелин, метадон, налоксон, резерпин, гормоны щитовидной железы и вальпроевую кислоту. Из перечисленных средств некоторые успехи были достигнуты с помощью клофелина, пропранолола и резерпина, и их можно попытаться давать тем пациентам, которые не поддаются иному медикаментозному лечению.

Немедикаментозные методы лечения шизофрении

Медикаментозные методы лечения шизофрении не являются единственным способом терапии этого заболевания, они просто дают наибольший эффект. Из всех испробованных немедикаментозных средств наибольшую эффективность

дает электросудорожная терапия (ЭСТ). Устаревшие немедикаментозные методы (типа операций на головном мозге при психических заболеваниях или гемодиализ) в настоящее время больше не применяются.

Электросудорожная терапия

Электросудорожная терапия (ЭСТ) в лечении шизофрении играет сравнительно небольшую, но важную роль, несмотря - на то, что в обществе к ней относятся отрицательно. Для антипсихиатрических деятелей всех родов она является любимым «мальчиком для битья». ЭСТ была даже запрещена в Беркли (штат Калифорния) по результатам местного референдума. В Европе ЭСТ применяется более широко, чем в США.

Не так давно в журнале «New England Journal of Medicine» показания для ее применения были сформулированы следующим образом: «При наличии острых проявлений и нарушений психики, а также при кататонии». Она может оказаться полезной и в тех случаях, когда пациент не поддается другим видам лечения, хотя здесь ЭСТ должна применяться в сочетании с антипсихотиками. В настоящее время, с тем чтобы максимально снизить возможность нарушений памяти, ЭСТ осуществляется при помощи односторонних электродов, накладываемых на недоминирующее полушарие головного мозга. Тем не менее некоторое временное нарушение памяти может иметь место, и это является основным негативным побочным эффектом данной процедуры. Нет никаких свидетельств того, что ЭСТ наносит головному мозгу какой-либо вред. У некоторых пациентов улучшение наступает уже после одного-двух сеансов ЭСТ, тогда как другим может потребоваться 20 и более сеансов.

Диеты

В течение всего нашего столетия для лечения шизофрении предлагались самые различные диеты. Наиболее подробно изучалась диета с отсутствием в пище клейковины. К сожалению, большинство подобных исследований проводилось на небольшой выборке, так что их результаты не могут

считаться статистически достоверными. Тот факт, что, теоретически, с помощью такой диеты может быть улучшено состояние лишь небольшого процента больных шизофренией, сильно затрудняет исследования, так как для получения статистически достоверных данных необходимо включить в эксперимент огромное число пациентов. Имеются сторонники и диет с повышенным содержанием тех или иных витаминов. В 1990 году появилась работа, в которой утверждалось наличие значительных клинических улучшений у 17 больных шизофренией, которым в пищу в течение шести месяцев добавлялась фолиевая кислота. На сегодняшний день эти результаты не подтверждены другими подобными исследованиями.

В настоящее время при лечении шизофрении нет достаточных оснований высказываться в пользу той или иной диеты. Правильное питание и здоровый образ жизни помогут больным шизофренией чувствовать себя лучше точно так же, как это помогло бы любому другому человеку.

Глава 8

Реабилитация при шизофрении

Ожидать, что хронически больной пациент будет пользоваться имеющегося системой реабилитации психиатрических больных, — это все равно что ждать, пока парализованный взберется по лестнице.

Дж. Галперн и др. Болезнь деинституализации, 1972

Основы реабилитации больных шизофренией были заложены Вернером М. Менделем, психиатром, посвятившим более сорока лет лечению этого заболевания, причем как в государственном секторе, так и частным образом. В своей книге «Лечение шизофрении» Мендель сравнивает страдающего шизофренией с инвалидом:

> Если, например, у кого-то парализована правая рука и ее нельзя зафиксировать, то мы, чтобы помочь человеку, устраиваем ее поудобнее в медицинской косынке. Мы можем так переделать его машину, чтобы он мог ее водить одной рукой. Можно научить этого человека работать левой рукой и делать ею все то, что он привык делать правой. Мы можем также оказать ему психологическую поддержку, для того чтобы человек мог пережить свой физический недостаток, сосредоточивая свое внимание на том, что он может, а не на том, чего он не может.

Конечно, у некоторых инвалидность может принимать более серьезные формы, и хорошо спланированная система реабилитации должна предусматривать все возможные случаи.

Медикаментозное лечение и консультирование

Почти все больные шизофренией в течение многих лет продолжают нуждаться в приеме антипсихотических препаратов. Эти лекарства можно получить в пунктах оказания амбулаторной психиатрической помощи, где можно также вызвать психиатра на дом; в Окружных центрах психического здоровья (ОЦПЗ), а также в психиатрических клиниках независимо от их территориальной или ведомственной принадлежности. Многие больные понимают, что они больны, и признают необходимость приема лекарств для контроля симптомов. Другие же не признают своего заболевания, и принять лекарство их можно заставить либо силой, либо обманом или взяткой (смотри главу 9, раздел «Нежелание лечиться»).

Качество работы амбулаторных психиатрических служб зависит от трех основных факторов.

Компетентность специалистов

Уровень компетентности психиатров, психологов, психиатрических медсестер и работников служб социального обеспечения может быть самым разным. К сожалению, большинство программ профессиональной подготовки подобных специалистов построены так, что они готовят работников служб психического *здоровья,* а не специалистов по психическим *заболеваниям.* Конечно, существуют и очень хорошие курсы, на которых готовятся настоящие профессионалы, но это, скорее, исключение из правила.

Приоритет — хронически психически больные

На амбулаторные психиатрические службы возлагается огромное количество обязанностей, для выполнения которых у них не хватает физических ресурсов. Свои проблемы возникают у супружеских пар, свои — у национальных меньшинств и нищих, свои — у людей с заниженной самооценкой. В поддержке нуждаются одинокие старики, требу-

ет решения проблема детей, прогуливающих школу из-за своих эмоциональных проблем, и эти (а здесь перечислены далеко не все группы страждущих) люди часто видят в работниках местных психиатрических служб тех, кто решит их проблемы. Нужды этих групп населения тоже очень важны и требуют своего удовлетворения, но если ресурсы психиатрических служб будут в основном тратиться на них, то на хронически больных людей их скоро не останется. Именно это и происходит в США во многих Центрах психического здоровья. Короче говоря, нужно выбирать — или предоставлять услуги в области «психического здоровья», или лечить психические заболевания.

Распределение доступных населению психиатрических услуг целиком и полностью является вопросом этики. Какой группе населения отдать предпочтение? Какая группа может лучше воспользоваться услугами данной службы? Какая польза обществу от оказания психиатрических услуг каждой группе населения? Обсуждая эти проблемы, д-р Дж. Р. Элперс утверждает, что у хронически психически больных людей возможности выбора более ограничены, эти люди действительно серьезно больны, так что именно они требуют к себе первоочередного внимания и заслуживают приоритета. В последние годы стало ясно, что в тех штатах, где основной упор в работе амбулаторных психиатрических служб был сделан на оказание помощи именно хронически психически больным, достигнуты гораздо более значительные успехи, чем там, где этого сделано не было.

Постоянство и непрерывность ухода

Постоянство лечения больных шизофренией и ухода за ними в Соединенных Штатах встречается довольно редко. Печально типичным примером такого отсутствия стабильности является случай с Сильвией Фрумкин, героиней книги Сьюзен Шин «Неужели на Земле нет места для меня?», которую за полтора года госпитализировали 27 раз: она направлялась в 8 психиатрических клиник, причем ей было назначено 45 различных курсов лечения.

Возможно, что ключевым моментом стабильного лечения и ухода является постоянство того, кто это лечение и уход осуществляет. Другими словами, за лечение конкретного

пациента с серьезным психическим заболеванием и уход за ним должен отвечать конкретный человек или коллектив. Описание подобной организации дела дала д-р Мэри Энн Тест, признанный лидер в организации психиатрических служб, которая определила такую стабильность как «контроль за тем, чтобы нужды психически больного были удовлетворены... Члены такого коллектива не обязательно сами должны удовлетворять нужды пациента (это могут делать другие люди или агентства). Но передавать свои обязанности контроля кому-либо другому они не имеют права. Прекращается контроль, прекращается и уход... Этот коллектив отвечает за пациента независимо от его поведения. Такой упор на ответственность означает, что пациент всегда получает необходимые ему услуги». Я бы назвал подобные коллективы «группами непрерывного лечения и ухода».

Исходя из нужд пациента, необходимость постоянства тех, кто осуществляет лечение и уход, теоретически логична. Люди с хроническими психическими заболеваниями, особенно с шизофренией, испытывают огромные трудности в налаживании межличностных отношений, и ожидать, что они механически перенесут свое доверие к одному медицинскому коллективу на другой, было бы, по крайней мере, нереалистично. Подобная стабильная связь очень важна и для специалистов по психическим заболеваниям — она позволяет им глубже узнать своего пациента, изучить его историю болезни и оценить эффект применявшейся ранее терапии, предусмотреть необходимые пути реабилитации, а также дает им возможность взаимодействовать с семьей больного.

Еще одной стороной работы внебольничных психиатрических служб является консультирование и предоставление так называемой «поддерживающей психотерапии», которая может оказаться полезной для больных шизофренией, особенно если консультант или психотерапевт работает с данным пациентом достаточно долго. Я заключил термин «поддерживающая психотерапия» в кавычки специально, чтобы отграничить его от описанной в главе 6 психотерапии, ориентированной на внутренний мир больного, которая дискредитировала себя как способ лечения шизофрении и даже может нанести пациенту вред.

В отличие от нее, «поддерживающая психотерапия» может дать больному ощущение дружбы, привязанности, при-

дать ему силы, помочь вести более социально активный образ жизни. Такие службы могут оказывать услуги в области профессиональной консультации, содействовать устранению трений с семьей и, конечно, дать больному надежду, что его жизнь не кончена, что она продолжается и может стать лучше. В беседах с пациентом основной упор должен быть сделан на его настоящее и будущее, а не на прошлое, то есть на те проблемы, с которыми сталкивается пациент в реальной жизни. Именно такой подход я использую в работе со своими пациентами, я говорю им примерно следующее: «Да, жаль, что у вас это противное заболевание головного мозга, но это ведь не ваша вина, так что давайте посмотрим, как можно жить, невзирая на него». Точно такой же подход можно применять и к больным с рассеянным склерозом, полиомиелитом, хронической почечной недостаточностью, сахарным диабетом и многими другими хроническими болезнями.

Проводить консультирование или сеансы «поддерживающей психотерапии» может либо врач, разбирающийся в антипсихотических лекарственных препаратах, либо другой специалист по вопросам психического здоровья. Им может быть и любой член «коллектива по лечению и уходу», даже представитель из пациентов. В последние годы получил популярность термин «руководитель лечебного процесса», хотя мне и не ясно, чем работа такого «руководителя» отличается от работы психиатра, психолога, работника социальных служб или психиатрической медсестры, продолжающих выполнять свои обязанности. Что касается самого термина, он кажется неудачным уже потому, что рассматривает больного шизофренией как объект «лечебного процесса», которым нужно «руководить», в то время как идеальной формой отношений пациента и врачей является сотрудничество.

Такие представители коллектива по лечению и уходу могут выполнять самые различные функции. Они могут выступать в роли главного советчика больного, просвещать относительно его заболевания, помогать в поиске пристанища и получении пособий, осуществлять транспортировку пациента в клинику в назначенные для обследования дни, а также обеспечивать его участие в тех или иных программах реабилитации. Эффективность этой работы во многом

зависит от личности того, кто ею занимается, а также от доступности конкретных видов услуг и программ. В США чаще всего подобные «руководители лечебного процесса» занимаются решением жилищных вопросов пациентов, пособиями, программами реабилитации, так что «руководителями» они являются только по названию.

Периодичность встреч пациента со своим консультантом может быть самой разной — от нескольких раз в неделю до раза в год. Вспоминая прошлое, д-р Мендель однажды рассказал о своем больном шизофренией пациенте, который, достигнув относительного выздоровления, всегда носил с собой пузырек с антипсихотическими таблетками — мол, их постукивание его успокаивает. Примерно через год таблетки превратились в порошок, постукивание прекратилось, и пациент обратился к д-ру Менделю, чтобы тот снова вложил в этот талисман его волшебную силу.

Имеются достаточные научные основания полагать, что такого рода поддержка, когда она осуществляется в дополнение к медикаментозной терапии, довольно полезна для сокращения уровня повторной госпитализации больных шизофренией. В одном исследовании пациентам, выписанным из клиники, в течение года предоставлялись четыре режима поддержки: 1) только плацебо (плацебо — это инертное вещество, или псевдолекарство, не оказывающее на организм никакого физиологического воздействия); 2) плацебо плюс поддерживающая психотерапия; 3) только лекарства и 4) лекарства плюс поддерживающая психотерапия. Через год уровень повторной госпитализации составил:

Режим лечения	*Процент повторно госпитализированных пациентов*
Лекарства плюс «психотерапия»	26
Плацебо плюс «психотерапия»	63
Только лекарства	33
Только плацебо	72

«Психотерапия», применявшаяся в данном обследовании, включала в себя предоставление социальных услуг и

профессиональные консультации, проводившиеся человеком, который, как заранее было известно, будет хорошо воспринят пациентом. Эти результаты еще раз подтверждают, что, хотя медикаментозное лечение является единственным главенствующим фактором в профилактике повторных госпитализаций, но вместе с тем определенная психотерапевтическая поддержка больного может привести к некоторому улучшению и показателей, и состояния пациента.

В последнее время гораздо больше внимания стали уделять просвещению больных относительно их заболевания. Такую программу можно проводить в самом разном объеме. Одним из примеров является разработанный д-ром Либерманом с его коллегами из Калифорнийского университета специальный модульный курс обучения.

Деньги, пища и кров

На протяжении почти двух веков большинство больных шизофренией помещались в отгороженные от мира психиатрические клиники, причем, как правило, на много лет. Если им вообще удавалось оттуда выбраться, то обычно они проживали со своими семьями. До начала деинституализации проблем с деньгами, пищей и кровом для сотен тысяч больных, выпускаемых из психиатрических лечебниц, просто не существовало.

Некоторые больные могут работать -- на полную ставку или только часть дня — и в состоянии сами себя обеспечить. Однако большинство больных полностью зависят от своей семьи или двух государственных программ — дополнительных пособий по соцобеспечению (ДПС, SSI) и социального страхования по нетрудоспособности (ССН, SSDI).

Программа ДПС осуществляется Управлением по социальному обеспечению и предназначена для помощи престарелым, слепым и инвалидам. В ней нетрудоспособность определяется как «неспособность выполнять оплачиваемую работу вследствие засвидетельствованного врачом физического или психического заболевания, которое... длится или, как ожидается, будет длиться не менее года». Программа ССН подразумевает то же самое, но ею может воспользоваться только тот, кто до начала своего заболевания неко-

торое время работал и поэтому накопил на своем счете социального страхования определенную сумму. Польза от той или другой программы может зависеть от разных обстоятельств: в случае ССН она зависит от того, сколько человек проработал до того, как заболел, а в случае ДПС — от размеров финансирования данной программы в каждом конкретном штате. К самым богато финансируемым штатам относятся Аляска, Калифорния, Коннектикут, Массачусетс и Висконсин, притом что почти в половине всех штатов эта программа вообще не финансируется местной администрацией! Эти две программы являются в США основным источником финансовой поддержки для больных шизофренией. В 1991 году по нетрудоспособности в связи с психическим заболеванием пособия ССН получали 731 500 человек, а пособия ДПС — 596 800. Эти 1 328 300 человек составляют 22 процента от всех лиц, получавших пособия по инвалидности. Точных данных о том, сколько среди этих 1 328 300 человек больных шизофренией, нет, но, не боясь ошибиться, можно утверждать, что их больше половины.

В начале 80-х годов к проблемам, связанным с программами ССН и ДПС, было привлечено большое внимание, так как администрация президента Рейгана резко ужесточила критерии выплаты этих пособий, вследствие чего примерно полмиллиона инвалидов были лишены средств к существованию, в том числе и больные шизофренией. Последовал ряд судебных процессов, и в 1986 году Верховный суд США принял решение в пользу инвалидов, так что большинство тех, кого лишили пособий, начали снова их получать.

Заявления на признание инвалидности и получение пособий ДПС следует подавать в местное отделение службы социального страхования. При рассмотрении вопроса учитывается имущественный статус и другие доходы заявителя. Если сбережения больного превышают две тысячи долларов, то пособие может быть не предоставлено, причем в расчет не принимаются предметы домашнего обихода стоимостью менее двух тысяч долларов. На размер пособия может влиять и величина заработной платы, так что если больной шизофренией хочет возобновить работу, ему следует тщательно все подсчитать, чтобы его будущий доход перекрывал потери от уменьшения размеров пособия по

нетрудоспособности. Нужно отметить, что программа ССН более либеральна по отношению к частичной занятости своих клиентов.

Назначение пособия производится комиссией в составе эксперта по инвалидности и врача. Они могут затребовать дополнительную медицинскую информацию или направить заявителя на дополнительное обследование. При оценке нетрудоспособности особое внимание уделяется ограничению возможностей человека отправлять обычные нужды, изменению в привычках, явным нарушениям в отношениях с другими людьми, а также неспособности сконцентрироваться и выполнять необходимые по работе инструкции.

Больные шизофренией могут жить либо в специализированных учреждениях с различными формами лечения и ухода, либо в семье, либо отдельно от семьи, независимо.

Профессиональный уход

Подобный уход осуществляется профессионально подготовленными служащими на протяжении большей части суток или круглосуточно. К учреждениям, где осуществляется профессиональный уход, относятся так называемые кризисные палаты, полубольницы и другие сходные с ними заведения. Прекрасное описание подобного учреждения можно найти в вышедшей в 1994 году книге Майкла Вайнрипа «Хайлэнд роуд, 9».

Уход, осуществляемый непрофессионалами

В заведениях с непрофессиональным уходом всегда имеется человек, который присматривает за пациентом, но это лицо без специальной медицинской подготовки. Таких заведений насчитывается довольно много, причем в разных округах они называются по-разному.

Периодический уход

Такая форма ухода подразумевает, что пациенты проживают отдельно или группами, причем как в специально орга-

низованных для них пансионатах, так и в их личных квартирах. Как правило, специалист по психическим заболеваниям периодически (например, раз в неделю) навещает больных, чтобы проверить, как у них идут дела.

Качество подобного периодического ухода и условия проживания могут быть совершенно различными. С одной стороны, больной может жить в небольшом пансионате, где у каждого пациента имеется своя комната, нормальное питание, где владелец пансионата заботится о своих подшефных, как о собственных детях. Это может быть и более крупное заведение, например, специально приспособленная гостиница, где директор нанимает специальный персонал, организующий для проживающих культурную программу, следящий, чтобы они вовремя принимали лекарства, напоминающий о номерках к зубному врачу, помогающий им заполнять необходимые документы на получение социальных пособий и так далее.

С другой стороны, директором в пансионате может оказаться вор, экономящий на отоплении, одеялах, питании, крадущий у пациентов их скудные сбережения, использующий больных в качестве дешевой рабочей силы, а иногда этот человек может даже оказаться насильником или заставлять женщин заниматься проституцией. Большой пансионат может представлять собой бывшую гостиницу — развалюху с пустыми комнатами, где пациенты жестоко эксплуатируются.

Часто в подобных пансионатах контроль за пациентами осуществляется только на бумаге. В Балтиморе в одном из заведений с круглосуточным уходом, которое получило лицензию как «независимая программа предоставления комфортабельного жилья», персонал не мог обнаружить, что у них вот уже три дня в одной из комнат лежит умерший пациент, страдавший диабетом. В Нью-Йорке полиция обнаружила в доме, где проживали еще шесть человек, разлагавшийся труп умершего больного шизофренией.

Поскольку во многих районах жилищные условия в подобных пансионатах очень плохи, то лечащие врачи перед выпиской пациента из клиники сталкиваются с непростой этической проблемой. Действительно ли больному за пределами клиники будет лучше, чем в ней? Приведут ли условия проживания пациента и потенциальная возмож-

ность стать жертвой насилия к улучшению его состояния? Зная, насколько убогими бывают подобные пансионаты, я всегда удивляюсь, что многие выписанные из клиник пациенты с шизофренией выражают удовлетворение своими жилищными условиями. Возможно, впрочем, они сравнивают эти условия с тем, что они испытали в городских ночлежках или просто ночуя в парках и на улицах.

Какие же основные параметры определяют качество жизни пациентов в подобных заведениях? Их четыре. Во-первых, персонал должен относиться к пациентам доброжелательно, с искренней заботой, а не просто рассматривать этих людей как источник дохода. Во-вторых, в одном пансионате должно проживать не более десяти-двенадцати пациентов. В некоторых же подобных заведениях содержатся пятьдесят, сто, а то и более человек, что превращает их практически в те же психиатрические больницы, только под другим названием, и вместо деинституализации получается переинституализация.

В-третьих, пациент должен иметь возможность перейти в пансионат с большей или меньшей степенью ухода в зависимости от состояния здоровья и потребности в присмотре на текущий момент. Поскольку шизофрения — это заболевание с возможным чередованием периодов улучшения и ухудшения состояния, было бы неразумно ожидать, что пациент все время сможет оставаться в одном и том же пансионате.

И наконец, совместное проживание больных шизофренией наиболее полезно тогда, когда они могут заниматься какой-либо деятельностью. Отличным примером этого может служить пансионат «Фейвезер Лодж», где пациенты вместе живут и работают, заключая контракт на работу бригадой.

На практике при создании подобных домов ухода и пансионатов для психиатрических пациентов возникает проблема выбора места их размещения. Все бурно аплодируют решению предоставить хронически психически больным людям возможность жить в обществе, но только до тех пор, пока их не предлагают поместить где-то по соседству. В некоторых небольших городках и даже крупных городах по этому поводу ведется длительная и тяжелая борьба. О влиянии размещения подобных заведений на уровень и качест-

во жизни окружающих написано уже более сорока работ, и, обобщая их, можно сказать, что наличие в округе пансионатов для хронически психически больных *не* сказывается на цене недвижимости и уменьшении товарооборота, *не* увеличивает преступность, *не* влияет на отношения между соседями и общий образ жизни данного района. На самом деле больные шизофренией представляют собой прекрасных соседей, при том условии, конечно, что за течением их заболевания и продолжением лечения ведется постоянный или периодический контроль со стороны специалистов.

Самостоятельное проживание

Число больных шизофренией, живущих самостоятельно, в одиночку или с кем-то, довольно велико и продолжает расти. В последние годы самостоятельное проживание психически больных людей получило распространение, потому что со стороны специалистов по психическому здоровью стало принято поддерживать такое решение пациента относительно выбора способа дальнейшего существования. Самостоятельное проживание больных может означать что угодно — от прозябания в самых дешевых гостиницах до покупки ими прекрасно меблированных комнат или домов. Однако некоторым категориям больных, особенно тем, кто не осознает степени серьезности своего заболевания, самостоятельное проживание противопоказано.

Проживание в семье

Довольно большое число больных шизофренией проживают в своей семье или у родственников. Для некоторых категорий пациентов это наилучший способ решения их проблем. Однако для многих других, и прежде всего для мужчин, это решение может оказаться не самым удачным. Это не удивительно — ведь и многие здоровые юноши конфликтуют со своими родными и уходят из дому. Некоторые правила по уходу за больным шизофренией в домашних условиях рассмотрены в главе 10.

Работа и занятость

По своему отношению к работе больные шизофренией — точно такие же люди, как и все остальные. Одни ради того, чтобы работать, готовы делать это бесплатно, другие же готовы на все, лишь бы не работать. Единственная разница между больными и здоровыми заключается в том, что больным часто труднее работать в тесном контакте с другими людьми, что делает для них работу более изматывающей.

У довольно большого числа больных шизофренией наблюдаются остаточные нарушения вроде расстройства мышления и слуховых галлюцинаций, иногда настолько острые, что это делает невозможным их занятость в течение полного рабочего дня. Некоторые из этих пациентов, однако, могут работать неполный день. Считается, что полный день способны работать примерно 6 процентов больных шизофренией. По моим собственным оценкам, полный рабочий день могут трудиться около 20 процентов больных, а еще 20 процентов могут работать неполный день, при условии, что они принимают необходимые лекарства и проходят курс реабилитации. Для больного шизофренией лучшим прогностическим показателем возможности дальнейшей работы является его работа на предыдущем месте. Человеку, который заболел, уже проработав какое-то время, бывает легче найти работу, чем тому, кто заболел, не имея трудового стажа.

Работа дает этим людям некоторые преимущества, не последним из которых является дополнительный доход. Очень много значит и повышение самооценки у больного, так как сам факт того, что человек работает, означает его равенство с другими людьми. Английский специалист по психическим заболеваниям Дуглас Беннет, один из тех, кто отчаянно боролся за предоставление больным шизофренией возможности трудиться, утверждает, что труд волшебным образом превращает «пациента» в «личность». Поскольку работа очень важна для психиатрических пациентов, то в процессе работы они успешно контролируют симптомы своего заболевания. Мне приходилось слышать, как один и тот же человек «утром в стационаре играет роль пациента и ведет себя как пациент, демонстрируя симптомы и неадекватное поведение; после обеда, когда он работает в мастер-

ской, за ним никогда не наблюдается ничего подобного». Сам факт занятости дает человеку понятие о режиме дня, заставляет его утром подняться с постели, дает ему ощущение себя как личности и предоставляет возможность социальных контактов.

Не иначе как по иронии судьбы усилия борцов за гражданские права, приведшие к массовой выписке пациентов из психиатрических клиник, в то же время резко сократили возможность получения ими работы. В прошлом многие пациенты работали на специальных закрепленных за клиниками фермах, занимались огородничеством и цветоводством, вели домашнее хозяйство, работали на кухне. Конечно, в использовании подобной «дармовой» рабочей силы были отдельные нарушения, и наши защитники гражданских прав бросились возбуждать в судах дела о «жестокой эксплуатации». В результате усилия выправить ситуацию обернулись тем, что клиники вообще прекратили предоставлять своим пациентам работу из-за того, что были не в состоянии выплачивать полагающуюся им по закону минимальную заработную плату и предоставлять другие льготы. Итогом всего этого стало то, что в клиниках и вне их находятся тысячи пациентов, способные работать, пусть и неполный день, причем работать с удовольствием, но не имеющие возможности приложить свои силы. Исчезли те рабочие места, которые были раньше.

Больше всего препятствуют занятости больных шизофренией существующие предубеждения. Работодатели, как и большинство людей, не знают, что представляет собой шизофрения, и поэтому на просьбы принять на работу человека с шизофренией отвечают отказом. «Мне тут психи не нужны», — вот наиболее частая, почти бессознательная реакция. Еще одним препятствием в трудоустройстве психиатрических больных является то, что государственные программы реабилитации и создания специальных цехов для инвалидов рассчитаны больше на инвалидов по общему заболеванию, чем на инвалидов с психиатрическим диагнозом. Профессиональная реабилитация в США все еще привязана к эре полиомиелита, и если у вас нет явных физических недостатков, то устроиться на работу в цех для инвалидов вам будет очень трудно. В некоторых других странах трудоустройство психически больных находится на гораздо

более высоком уровне. В Швеции, Великобритании и Нидерландах созданы широкие сети специальных мастерских и цехов, где на принципах неполного рабочего дня могут работать больные психиатрическими заболеваниями, причем на долгосрочной основе.

Для хронических психически больных имеется несколько программ профессиональной и трудовой реабилитации.

Мастерские-интернаты

К этому типу относятся учреждения, где человек может жить и работать без обязательного последующего выхода на открытый рынок труда, «на здоровое производство». В Соединенных Штатах многие подобные учреждения работают в рамках «Гудвил Индастриз». Наиболее впечатляющий пример подобных мастерских-интернатов я видел в Канаде, в г. Ванкувер. Там, в интернате «Бродвей Индастриз» в течение месяца проживают и трудятся 70 человек, причем для них разработано более 600 производственных линий, что позволяет обеспечить работой даже относительно тяжелых больных. Изделия этих мастерских, кстати, весьма качественные, продаются в различных магазинах города.

Переходная форма занятости

Подобная модель профессиональной и трудовой реабилитации была разработана в нью-йоркском клубе «Фаунтин Хауз» и стала широко применяться другими организациями. Пациенты работают на настоящих рабочих местах в коммерческих организациях под наблюдением специалиста по реабилитации. Часто в период освоения работы два пациента занимают одно рабочее место, то есть работают каждый по полдня. После переходной формы занятости очень велик процент тех, кто выходит на открытый рынок труда, и проведенное в 1991 году исследование показало высокую эффективность подобной реабилитации.

Поддержка в поисках работы

В рамках этого подхода пациенту предлагается найти работу самому по своему выбору, а затем до начала работы он

проходит курс интенсивной профессиональной и социально-психологической подготовки. Примером этого может служить программа «Аксесс», применяемая Бостонским университетским центром по реабилитации психиатрических больных. В течение семи недель пациенты посещают учебные классы (15 часов в неделю), после чего к ним прикрепляется наставник и в течение первого месяца работы оказывается всяческая поддержка.

Выработка трудовых навыков

В данной модели реабилитации используются специальные хозрасчетные учебные цеха, приспособленные для производственного обучения хронически психически больных. Примером здесь может быть ресторан «Эдем-Экспресс» в калифорнийском городке Хейуорд, где больные выполняют все виды работ на кухне и в зале: моют посуду, работают официантами, кассирами, швейцарами и уборщиками. В период с 1980 по 1985 годы 315 человек прошли пятнадцатинедельную программу обучения, 80 процентов из них после этого смогли найти себе постоянную работу. На каждый курс набирается примерно двадцать пять человек, а штат мастеров-преподавателей составляют несколько консультантов по данному виду работ. Эти консультанты обучают своих подшефных и тому, как искать работу после окончания курса обучения, причем на работу устраиваются 94 процента выпускников. «Эдем-Экспресс» является самоокупаемым предприятием, обслуживая ежемесячно четыре тысячи клиентов. Зарплата мастерам-преподавателям выплачивается непосредственно из средств Управления по реабилитации и профессиональной подготовке штата Калифорния.

Самостоятельное трудоустройство

Многие больные шизофренией вполне могут вернуться на открытый рынок труда, пусть даже им не удастся получить такие же должности, как те, что они занимали до заболевания. Особенно интересен пример привлечения бывших больных шизофренией в качестве оплачиваемых членов «лечебного коллектива», где они выступают в роли шефа очередного пациента. Этот метод работы будет описан в главе 10.

Дружеские отношения

Больной шизофренией точно так же нуждается в дружбе, как и любой другой человек. Однако для установления дружеских отношений с другими людьми больному приходится преодолевать целый ряд барьеров. Одним из таких барьеров служат симптомы болезни и расстройство деятельности головного мозга вследствие заболевания.

Один молодой человек из моих пациентов оправился от большинства своих симптомов и жил дома. Он пытался вернуться в круг своих друзей и ровесников, посещая пивные и выпивая с ними точно так же, как делал это до болезни. Однако для него общение представляло огромную трудность, он жаловался: «Я не понимаю их слов. Не знаю, что говорить. Все совсем не так, как было когда-то». Другой пациент отмечал, что при разговоре он не улавливал членение предложения на слова, не мог сконцентрироваться, и его мысли перескакивали на что-либо другое. Учитывая подобные трудности, не удивительно, что многие больные шизофренией теряются при общении и иногда стараются его избежать. Обследование живущих дома пациентов показывает, что четверть из них ведут практически изолированное существование, половина живут довольно замкнуто, и лишь 25 процентов живут активной жизнью. Примерно половина больных отдыхают не иначе как смотря телевизор.

Кроме расстройства деятельности головного мозга, влияющего на установление социальных связей, больные шизофренией сталкиваются с предрассудками окружающих. Один пожилой мужчина, вернувшийся в клинику из-за того, что не мог больше жить в атмосфере предрассудков и недоброжелательства, так описывает свое положение:

> Я не мог этого больше вынести. Я знал, кто я, и они это тоже знали — большинство обходили меня стороной и старались не замечать. В их глазах я был прокаженным. Большинство из них воспринимают нас именно так. Я знаю, это предрассудки. Люди одновременно и боятся нас, и ненавидят. Мне пришлось с этим сталкиваться тысячи раз. В обществе мне не по себе. Я не принадлежу к нему. Это знают они, и это знаю я.

Есть несколько способов удовлетворить потребность больных шизофренией в дружеских отношениях. Один — это организация групп «самопомощи», о них мы будем говорить в главе 10. Вторым хорошим примером является программа «Компир», получившая свое начало в г. Рочестере, штат Нью-Йорк, в 1981 году и с тех пор распространившаяся на более чем триста городов. Добровольцы «Компира», психически здоровые люди, берут как бы шефство над больными шизофренией, причем у каждого добровольца один такой подшефный. Они ходят вместе за покупками, в кино, в рестораны, играют в шахматы и шашки, в общем, ведут «общение по интересам».

Решить проблему установления дружеских отношений помогает и нью-йоркская программа дружеских обменов «Френдшип эксчейндж», предназначенная специально для больных шизофренией или маниакально-депрессивным психозом. На меня лично произвело очень большое впечатление то, какую большую поддержку двое людей могут оказать друг другу и какие близкие отношения могут установиться у двух больных одним и тем же заболеванием людей. Некоторые подобные связи, конечно, могут кончиться катастрофически, но в большинстве случаев такая дружба — наиболее ценное из всего, что случается с больными, и это отражает важность социальных взаимоотношений, ничуть не меньшую, чем у здоровых людей.

Еще одним подходом к делу помощи больным в установлении дружеских контактов является организация курсов специального обучения, часто проводящегося в малых группах. Подготовка в области социально-коммуникативных навыков включается во многие курсы профессиональной реабилитации больных, но ее можно вести и отдельно. Некоторые подобные программы разработаны до мелочей, они помогают больному получить представление о социальных предрассудках, научиться правильно понимать выражения лиц и вникнуть во все сложные нюансы межличностных отношений. Одной из наиболее распространенных программ является модульный курс Калифорнийского университета, в рамках которого прошли подготовку более трех тысяч психически больных людей. Данный курс состоит из десяти учебных модулей, в каждый из которых входит инструкция

для преподавателя, учебное пособие для пациента, рекомендации и видеокассета. Все подобные «учебные» методы приносят больному большую пользу, помогая ему справиться со своим заболеванием.

Возможно, одним из лучших способов решить проблему установления дружеских отношений является организация клубов. Сегодня в США насчитывается более двухсот подобных клубов, организованных по принципу уже упоминавшегося «Фаунтин Хауз», который был создан в Нью-Йорке еще в 1948 году. Эти клубы обеспечивают своих «членов», как там называют пациентов, не только помещениями для общения, но и предоставляют им возможность получить профессиональную подготовку. Иногда клубы подыскивают своим членам и крышу над головой.

Подобные клубы могут оказаться и прибыльным делом, так как они существенно влияют на снижение показателей повторной госпитализации больных. Как показало обследование, проведенное в Чикаго, повторная госпитализация среди членов клуба составила 14 процентов, тогда как в контрольной группе больных, пользовавшихся традиционными услугами социальных служб, она достигла 44 процентов. Для больных, постоянно путешествующих по маршруту дом — больница, экономия составляет в среднем 5700 долларов на человека в год. Можно только мечтать, насколько лучше бы жилось больным шизофренией, если бы те три миллиарда долларов, которые выделяются из федерального бюджета на деятельность Окружных центров психического здоровья, использовались вместо этого на организацию подобных клубов и шли, таким образом, на пользу больным.

Еще одной возможностью облегчить вынужденную изоляцию больного является общение с домашними животными, которые иногда могут составить ему отличную компанию — так же, как любому здоровому человеку. Особенно хороши в качестве друзей собаки, которые вас любят, невзирая на ваши расстройства мышления или слуховые галлюцинации, и обычно понимают, когда что-то не в порядке. Домашние животные могут принести больному шизофренией много радости — это отмечается как членами семей, так и служащими психиатрических клиник, где пациентам разрешается иметь рядом своих любимцев.

Медицинский уход

Как любой человек, больной шизофренией может заболеть, и ему может потребоваться медицинская помощь. Получение же надлежащей медицинской помощи и ухода может по разным причинам оказаться затруднительным. Наибольшую роль здесь играет то, что большинство больных шизофренией не имеют медицинской страховки, и поэтому они вынуждены пользоваться программами «Медикейд» и «Медикар». Программа «Медикейд» в разных штатах может осуществляться по-разному, и многие врачи просто не обслуживают клиентов «Медикейд».

Еще одной трудностью, возникающей при лечении больных шизофренией, является то, что многие из них не способны достаточно внятно описать врачу или другому медицинскому работнику симптомы своего заболевания. У некоторых больных «сдвинут» болевой порог, что часто приводит к несвоевременной постановке диагноза. Многие пациенты испытывают трудности в понимании и выполнении врачебных предписаний. Кроме того, побочные эффекты от приема антипсихотических препаратов иногда искажают общую картину заболевания: ведь антипсихотики могут взаимодействовать с лекарствами, выписанными по совершенно другой причине.

В 1991 году в работе, посвященной проблеме лечения больных шизофренией от других заболеваний, Адлер и Гриффин сделали вывод: «Лечение больных шизофренией от других заболеваний является, вероятно, наиболее сложной задачей, с которой может столкнуться врач». Именно неудачи в таком лечении и служат одной из причин повышенной смертности больных шизофренией, как уже было отмечено в главе 5.

Уход за больными шизофренией детьми

Помимо обычного ухода, больным шизофренией детям требуется и кое-что еще. Шизофрения чрезвычайно редко встречается ранее пятилетнего возраста, в возрасте от пяти до шестнадцати лет отмечается довольно медленное увели-

чение заболеваемости, после шестнадцатилетнего возраста происходит ее резкий рост.

Особой проблемой детской шизофрении является постановка точного диагноза. У больных шизофренией подростков могут проявляться отклонения в поведении, обычные для этого возраста, такие, как пристрастие к алкоголю или наркотикам, сильная депрессия, неврологические проблемы, и это часто приводит к тому, что их считают просто распустившимися юнцами, наркоманами или алкоголиками. В связи с этим в США вместо более точного диагноза получило распространение название «ребенок с серьезным эмоциональным расстройством», или просто СЭР. Не так давно д-р Энид Пешель предложил термин «невробиологические расстройства», или НБР, куда входят шизофрения, аутизм, ярко выраженные депрессивные состояния, шизоаффективный психоз, навязчивые состояния, синдром Туретта и другие известные заболевания головного мозга, проявляющиеся в детском возрасте.

Еще одной проблемой, связанной с лечением и уходом, при детской шизофрении является то, что во многих штатах при госпитализации детей практикуется или требуется присутствие в палате и дежурство их родителей. Причины подобной «драконовской» практики чисто финансовые. Дело в том, что, согласно уставу «Медикейд», большая часть средств, необходимых по уходу за детьми, находящимися на лечении в больницах штата, выплачивается из федеральных средств, отпущенных на эту программу, если ребенок находится под опекой родителей. Если же нет, то лечение осуществляется за счет средств данного штата. Поэтому, чтобы сэкономить средства местного бюджета, во многих клиниках требуют, чтобы родители опекали своих госпитализированных больных шизофренией детей, и выдвигают это требование в качестве условия госпитализации.

Третий аспект организации лечения и ухода за больными шизофренией детьми, который не встречается у взрос-

1. Синдром Жиля де ля Туретта — заболевание, характеризующееся наличием двигательных тиков, особенно мышц лица и верхней части туловища, с постепенным присоединением психических нарушений в виде насильственных высказываний непристойного содержания *{прим. ред.)*.

лых, — это то, что в большинстве штатов больных детей предпочитают не лечить на месте, а направлять на лечение в частные психиатрические клиники других штатов. Например, в 1990 году в штате Мэриленд на лечение за пределы данного штата были направлены 680 серьезно больных детей, причем иногда очень далеко — вплоть до штатов Вермонт и Флорида, что обошлось Мэриленду в 31,5 миллиона долларов. Правда, нужно признать, что подобная практика постепенно сокращается.

Ниже приводятся три основных принципа ухода за детьми, больными шизофренией или другими невробиологическими расстройствами:

1. Лечение и уход должны сопровождаться обучением и профессиональной подготовкой. В отличие от взрослых, больные шизофренией дети еще не закончили свое образование.
2. По возможности больные дети и подростки должны оставаться дома, если только это по некоторым причинам не становится невозможным.
3. Уход за больными детьми должен отличаться гибкостью и быть хорошо скоординированным. Здесь может требоваться целый ряд различных программ, включая пребывание в специальных интернатах, программы «полного дня», организацию летних лагерей, а также программы, помогающие перейти с «детских» услуг на «взрослые». В подобные программы часто включаются различные местные организации и агентства — образовательные, юридические, службы социального обеспечения, центры психического здоровья, причем нередко координация работы между ними превращается в настоящий бюрократический кошмар.

Реабилитация в сельских районах

Во многих штатах серьезной проблемой является реабилитация пациентов, проживающих в сельской местности. Большие расстояния, плохие дороги, нехватка специалистов и лечебных учреждений делают квалифицированный уход и лечение психиатрических пациентов довольно затруднитель-

ными. И все-таки реально можно обеспечить качественный уход за ними, если следовать некоторым из следующих принципов:

1. Для назначения курса лечения и ухода за больным нужно максимально использовать возможности семейных врачей, терапевтов, фельдшеров, медицинских сестер и работников служб социального обеспечения. Для этого следует осуществлять их профессиональную подготовку, привлекая на краткосрочные курсы, семинары и консультации, включая возможность в любое время суток проконсультироваться с дежурным психиатром. Положительный опыт такой работы можно найти в Канаде, в провинции Саскачеван, где семейные врачи и приходящие медсестры успешно работают с пациентами, покинувшими психиатрические клиники. Аналогично в провинции Британская Колумбия психиатрические больные обслуживаются в сельских больницах, где они находятся под наблюдением врачей общего профиля и куда раз в месяц из Ванкувера приезжает психиатр.
2. Может практиковаться краткосрочная госпитализация психиатрических больных в больницы общего профиля, а также в дома ухода и другие лечебные учреждения. Эффективность госпитализации пациентов с острыми психотическими симптомами в больницах общего профиля была доказана еще двадцать лет назад Редингом и Мзтиром.
3. Стабильность и непрерывность лечения и ухода за больными в сельских районах так же важны, как и в городах.
4. В сельских районах большую роль играют передвижные, мобильные «больницы на колесах», которые каждый день переезжают из одного городка или поселка в другой. Могут эффективно использоваться и специализированные выезды, например, пять раз в неделю в разные районы штата выезжает специализированная психиатрическая бригада.
5. Учитывая нехватку в сельских районах специалистов по психическим заболеваниям, особенно важно профессионально готовить бригады «неотложной помощи» и полицейских к обращению с психиатрическими пациентами в состоянии острого психоза.

Оценка эффективности реабилитации

Эффективность реабилитации оценивается обычно с помощью объективных показателей, как положительных, вроде количества трудоустроенных или живущих самостоятельно пациентов, так и отрицательных, вроде усиления симптоматики, процента повторной госпитализации или арестов. Иногда предпринимаются попытки объективно оценить «качество жизни» пациентов, например, качество их жилищных условий или размер личного дохода.

Как ни странно, наблюдается очень мало попыток оценить эффективность реабилитации при помощи субъективных показателей, например, мнения самих больных. Мне известны лишь две подобные попытки — это работы д-ра Дугласа А. Бигелоу из штата Орегон и д-ра Энтони Ф. Лемана из Мэриленда. Бигелоу определил качество жизни как «некую абстракцию, включающую в себя все те черты нашего образа жизни, которые мы рассматриваем как удовлетворяющие нас и желаемые», на основе чего разработал вопросник, включающий 263 пункта. Леман определил качество жизни как «показатели, определяющие представления пациента о том, что у них есть, как они действуют и что они думают о своих жизненных обстоятельствах», его вопросник содержит 143 пункта. Оба эти вопросника могут быть заполнены меньше чем за час, и оба они прошли тщательную экспертизу. В них включены вопросы о конкретных жизненных обстоятельствах опрашиваемого, о взаимоотношениях в семье, занятости, здоровье, финансовых проблемах, безопасности и юридических проблемах. Некоторые вопросы касаются внутренних ощущений пациента, например, его самореализации, ощущения удовлетворенности собой и так далее.

Сегодня подобные способы оценки качества жизни еще недостаточно известны и слабо используются специалистами в области психического здоровья, но тем не менее у них большое будущее. Думается, что повсеместное использование субъективных оценок наряду с объективными показателями сможет привести к существенному улучшению качест-

ва реабилитационных мероприятий, особенно если они будут каким-то образом влиять на оплату труда тех, кто этим занимается.

Достичь этого будет нелегко. Традиционная система ухода и реабилитации психиатрических больных очень замкнута и сопротивляется всяческим новшествам. Работая в клинике Св. Елизаветы в Вашингтоне, я лично убедился в этом, когда предложил откладывать некоторую часть денег, чтобы в конце года пациенты путем тайного голосования определили тех врачей и сестер, которые заслуживают материального поощрения. В ответ со стороны профсоюза и некоторых специалистов раздались вопли возмущения, и этот план так и не был реализован.

Нужда в крыше над головой

Когда в начале 60-х годов началась приобретшая теперь печальную известность деинституализация хронических психиатрических больных, в основном подразумевалось, что некоторые пациенты смогут жить самостоятельно, а некоторые по-прежнему будут находиться в клиниках на длительном лечении. К началу 70-х годов эта точка зрения подверглась существенным изменениям, и в некоторых штатах (например, в Калифорнии и Массачусетсе) стали слышны серьезные разговоры о закрытии психиатрических клиник вообще. Сейчас, через два десятилетия, мы пришли к тому, с чего начинали, и теперь большинство специалистов убеждены, что для определенной части пациентов имеется насущная необходимость в психиатрических лечебницах.

К таким пациентам относятся те, у кого симптомы заболевания проявляются в острой форме и/или чье неадекватное поведение приводит к невозможности жить в нормальном обществе. Таких пациентов примерно десять-двадцать процентов от общего числа психически больных, они плохо или вообще не реагируют на медикаментозное лечение, многие из них проявляют признаки агрессивности и жестокости, некоторые вследствие своего заболева-

ния могут устроить поджог или раздеться в общественном месте догола, а некоторые просто настолько беспомощны, что нуждаются в защите и постоянном уходе. Конечно, было бы прекрасно, если бы таких пациентов вообще не было, но они есть и будут — по крайней мере, до тех пор, пока мы не поймем причин, вызывающих такое заболевание головного мозга, как шизофрения, и не научимся его лечить. Из-за постоянного давления, направленного на закрытие психиатрических клиник, а также усилий юристов всех мастей, добивающихся возвращения пациентов в общество, многие пациенты, которым для их же собственного блага следовало бы находиться в больнице, оказались предоставлены самим себе.

Насколько многочисленна эта группа пациентов? Ответ на этот вопрос во многом зависит от качества амбулаторных и диспансерных психиатрических услуг. Там, где они находятся на достаточно высоком уровне, например, в округе Дейн, штат Висконсин, успешно живут среди здоровых людей почти все психиатрические больные за исключением 10 процентов пациентов с хроническим заболеванием, тогда как там, где эти службы работают плохо, примерно половине пациентов лучше было бы быть изолированными от общества. Не стоит забывать, что иногда наступает момент, когда нужно задавать прямые вопросы. Действительно ли этому пациенту лучше жить в обществе, а не находиться в клинике? Действительно ли повысилось качество его или ее жизни? Действительно ли для данного человека заведенный в обществе порядок играет роль своеобразного ограничителя? В своем недавнем стремлении выгнать всех пациентов из больниц мы избегали задавать себе подобные вопросы, и поэтому наши больные часто оказываются в ночлежках или других местах, где условия их существования намного хуже, чем они имели в клиниках. По своему опыту я знаю, что если иметь в виду качество жизни, то *хуже* становится примерно четверти всех пациентов. Эти больные часто говорили мне, что они с радостью вернулись бы в больницу, будь у них такая возможность.

Таким образом, мы вынуждены признать, что для некоторых хронически психически больных нужны и всегда будут нужны психиатрические больницы. Снова оживает

понятие убежища, дома призрения в его первоначальном смысле, как способа защиты для тех, кто не может защитить себя сам. Ведь мы не ожидаем от парализованных вследстрие полиомиелита людей, что они встанут и пойдут без посторонней помощи, и мы не отправляем их в интернаты, если они не могут сами себя обслуживать. Мы предусматриваем возможность долгосрочного лечения больных с другими заболеваниями головного мозга — например, рассеянным склерозом или болезнью Альцгеймера, кто не может позаботиться о себе. Почему же этого нельзя сделать и для больных шизофренией?

Глава 9

Шесть основных проблем

Хотя безумие — это болезнь, заболеть которой может каждый, люди относятся к нему совершенно не так, как к другим заболеваниям. Оно полностью выводит человека из строя, делает его зависимым от других; его влияние на социальное положение больного бросается в глаза, оно вызывают у окружающих неприятие и ужас. Уже потому это заболевание требует внимательного анализа, особенно если мы хотим лечить больного и ухаживать за ним.

American Journal of Insanity, 1868

Если человек, к своему несчастью, заболевает шизофренией, это вносит в его жизнь множество проблем, причем как для него самого, так и для близких ему людей. Среди проблем, с которыми приходится сталкиваться больному и тем, кто за ним ухаживает, можно выделить шесть главных, шесть наиболее типичных: сигареты и кофе; алкоголь и наркотики; секс, беременность и СПИД; нежелание лечиться; агрессивное поведение и покушения на самоубийство.

Сигареты и кофе

Нельзя отрицать тот факт, что в жизни многих больных шизофренией сигареты и кофе играют важную роль. Именно они обусловливают многие социальные контакты больных, составляют значительную часть их расходов и являются причиной долгов, они также служат поводом для знакомств и привязанностей. Некоторые пациенты настолько озабочены поисками сигарет и кофе, что это иногда становится главной целью их ежедневного времяпровождения.

По данным некоторых исследований, от 80 до 90 процентов больных шизофренией курят. Эти показатели значительно превышают среднее число курильщиков среди психиатрических пациентов с другими диагнозами (50%) и среди остального населения (30%). Факты свидетельствуют и о том, что больные шизофренией чаще являются заядлыми курильщиками, что они чаще курят сигареты с повышенным содержанием смол. В одной работе приводятся осторожные оценки, что больные шизофренией выкуривают ежегодно десять миллиардов пачек сигарет на общую сумму двадцать миллиардов долларов.

По поводу пристрастия больных шизофренией к курению высказывались самые разные мнения. Иногда его относят на счет долгого пребывания в психиатрических клиниках, но факты свидетельствуют о том, что амбулаторные пациенты курят примерно столько же, сколько и госпитализированные. Никотин у некоторых людей уменьшает внутреннюю тревожность, снимает депрессию и повышает концентрацию внимания, так что иногда для больного курение может выполнять роль своего рода самолечения. Эта теория самолечения получила некоторую поддержку после того, как в одном исследовании было доказано, что у больных шизофренией курение улучшает функционирование некоторых участков мозга (например, связанных с восприятием слуховых стимулов), которые, как известно, поражаются при данном заболевании. Имеется и ряд фактов, свидетельствующих, что курение уменьшает паркинсоноподобные симптомы, например, тремор, который часто отмечается как побочное явление антипсихотических препаратов.

Известно, что никотин влияет на рецепторы многих нейромедиаторов и способствует выделению дофамина, серотонина, ацетилхолина и норадреналина. В головном мозге имеются и рецепторы никотина, и вполне возможно, что при шизофрении они также играют свою роль. Некоторые данные говорят о том, что никотин может уменьшать содержание в крови антипсихотических лекарственных средств путем увеличения их поглощения почками. Хорошо известно, что, по сравнению с некурящими больными шизофренией, курильщикам требуются повышенные дозы антипсихотиков, но является ли это следствием более интенсивного поглощения лекарственных веществ почками, довольно со-

мнительно. С другой стороны, исследование синдрома де ля Туретта показало, что никотин повышает эффективность галоперидола при тиках. В целом, на сегодняшний день нам не известно, почему же больные шизофренией являются такими заядлыми курильщиками.

Последствия курения известны достаточно хорошо Среди шизофреников высока смертность от пневмонии и кардиологических заболеваний, но точно не известно насколько это связано собственно с курением, а насколько с тем, что многие больные получают довольно плохое лечение или не получают его вообще. Курение может представлять опасность (особенно у лиц с нарушением мыслительной деятельности) еще и потому, что резко возрастает угроза пожаров - нередки случаи возгорания заведений для психически больных именно по причине неосторожного обращения с сигаретами. В одной из научных работ выявлена взаимосвязь курения с последующей акатизией у больных шизофренией, в некоторых исследованиях доказывается и его связь с поздней дискинезией.

Можно было бы также ожидать, что среди больных шизофренией должна наблюдаться повышенная заболеваемость раком легких. Но одной из самых интригующих загадок шизофрении является как раз то, что среди них заболеваемость раком легких даже *меньше,* чем среди остального населения, во всяком случае, не больше. Время от времени ведутся разговоры о том, что, возможно, защитную роль в этом случае играют антипсихотические препараты но это маловероятно, поскольку в некоторых исследованиях было доказано, что низкая заболеваемость раком легких у больных шизофренией наблюдалась еще до появления антипсихотиков.

Больные шизофренией отличаются также пристрастием к кофеину, но количественных данных по этому вопросу меньше, чем относительно никотина. Зарегистрированы случаи, когда пациенты выпивали в день по тридцать и более чашек кофе, а также случаи повышенного потребления ими кока-колы, которая также содержит кофеин. Иногда отмечается, что некоторые больные покупают растворимый кофе и едят его всухомятку, прямо ложками. Как и в случае курения, точно не известно, почему больные шизофренией отличаются подобным пристрастием к кофеину, хотя мы знаем, что кофеин воздействует на некоторые рецепторы

головного мозга и через их посредство — на метаболизм дофамина, серотонина, ГАМК и норадреналина. В одной из работ было также отмечено, что кофеин уменьшает паркинсоноподобные симптомы типа тремора и ригидности.

Хорошо известно, что потребление кофеина у любого человека может вызывать симптомы кофеиновой интоксикации, включая повышенную нервозность, бессонницу, возбудимость, покраснение лица, учащение пульса и подергивание мышц. Наблюдение за больными шизофренией, потребляющими очень много кофеина, показало, что иногда симптоматика у них ухудшается. Отчасти это может быть объяснено тем, что кофе и, особенно, чай влияют на усвоение антипсихотических препаратов.

Ясно одно — проблемы влияния на симптоматику шизофрении курения и потребления кофеина нуждаются в дополнительном исследовании. Пока же я могу предложить следующее:

1. Признать, что многие больные шизофренией имеют сильную тягу к никотину и кофеину. Ясно, что следует установить им определенные пределы, например, пачка сигарет и четыре чашки кофе или кока-колы в день, но эти лимиты должны быть гибкими в зависимости от поведения пациента. Я знаю из своего личного опыта, что некоторые больные ради сигареты и чашки кофе готовы продать с себя все до последней нитки, драться и даже заниматься проституцией. Только мазохисты или фанатики могут вступать в борьбу, в которой они заведомо не могут одержать победу.
2. Учитывать, что курение и потребление кофе для больных шизофренией являются одним из наиболее приятных способов времяпровождения. Этот факт достаточно печален, но уж такова их жизнь. Следует с большой осторожностью лишать больных этих удовольствий, нужно быть на сто процентов уверенными, что цель того заслуживает. При недавнем решении о запрете курения в медицинских учреждениях, принятом Объединенной комиссией по здравоохранению, не было учтено, что для некоторых больных шизофренией клиники являются их единственным домом.
3. Требовать, чтобы больные при курении соблюдали правила безопасности (то есть курили не в палатах, а только

в специально отведенных местах). Некурящие имеют право не подвергаться известной опасности «пассивного» курения. Применяйте жесткие меры, чтобы эти правила соблюдались, и не отступайте от них. 4. Поскольку сигареты и кофе для больных шизофренией очень важны, их можно использовать как стимул для того, чтобы добиться от них желаемого поведения, например приема лекарств, о чем мы будем говорить ниже. Конечно, это можно было бы считать подкупом, но сейчас принято называть это положительным стимулированием, причем оно срабатывает.

Алкоголь и наркотики

Серьезной и все более угрожающей проблемой для больных шизофренией является пристрастие к алкоголю и наркотикам. Выборочное обследование, проведенное в начале 80-х годов, показало, что 34 процента пациентов могут считаться алкоголиками, 26 процентов употребляют наркотики, а 47 процентов подвержены тому или иному из этих пристрастий. За последние тридцать лет число таких больных шизофренией значительно увеличилось. Степень пристрастия может варьировать — от отдельных эпизодов до непрерывных запоев или наркомании.

Причин этому довольно много. Главная причина, вероятно, та же, что и потребление алкоголя и наркотиков здоровыми людьми — они просто вызывают у человека приятные ощущения и приподнятое настроение. Пьянство и наркомания распространены достаточно широко, и больные шизофренией не являются каким-то исключением. Следовательно, нужно отдавать себе отчет, что многие пациенты точно так же пьянствовали бы или потребляли наркотики, будь они здоровыми людьми.

При шизофрении у пьянства и наркомании есть свои отличительные черты. Выпивка и «кайф» иногда дают пациентам возможность общения, ту социальную среду, которой они часто бывают лишены. Есть также свидетельства того, что алкоголь и наркотики некоторыми пациентами используются в качестве средств самолечения, которые снимают тревожность, уменьшают депрессию и «заряжают» их

энергией. Возможно также, что существует одна и та же генетическая предрасположенность к шизофрении и к алкоголизму (наркомании), но точных данных по этому вопросу у нас пока нет.

Последствия алкоголизма и наркомании для больных шизофренией те же, что и для здоровых людей — разрушение семейных и дружеских связей, потеря работы, жилья, денежные долги, медицинские проблемы, аресты и судимости. Кроме того, у больных шизофренией, отличающихся пристрастием к наркотикам и/или алкоголю, отмечается большее число эпизодов агрессивного поведения, более частые вызовы психиатрических «скорых», ослабление воздействия антипсихотических медикаментозных средств, а также увеличение в два раза случаев повторной госпитализации по сравнению с пациентами без этих пристрастий. Большое число таких больных становятся бездомными.

Ход лечения пациентов с указанными пристрастиями также нельзя признать удовлетворительным. Многих из них «отфутболивают» из психиатрических учреждений в клиники для наркоманов и алкоголиков и обратно, нигде они не задерживаются для настоящего лечения, всюду являются нежелательными пациентами.

Среди эффективных программ помощи подобным пациентам можно отметить программу создания стабильных лечебных коллективов, разработанную в Нью-Гемпшире, где удается вылечить от алкоголизма больше половины больных шизофренией.

В этом направлении были испробованы самые различные методы. Двенадцатиэтапная методика «самопомощи», применяемая обществом анонимных алкоголиков и наркоманов, эффективна лишь для незначительной части больных шизофренией, хотя некоторым пациентам помогает несколько модифицированная шестиэтапная методика. Недостатком подобных методов является то, что они подразумевают полный отказ не только от наркотиков, но и от наркотикосодержащих лекарственных препаратов.

В некоторых случаях больным шизофренией следует делать принудительные анализы на алкоголь и наркотики. Прежде всего это относится к тем пациентам, которые при употреблении спиртного или наркотиков становятся агрессивными или впадают в беспокойство. Для подтверждения

употребления наркотиков производят анализ мочи, а для проведения пробы на алкоголь были разработаны специальные кожные наклейки, которые меняют свой цвет при повышенном содержании его в организме. Употребление алкоголя можно иногда контролировать с помощью ежедневного приема Тетурама (Антабуса). Действие этого лекарства таково, что вызывает у человека плохое самочувствие, если в течение суток после приема препарата он употребит спиртное. Тетурам можно применять и для лечения больных шизофренией, но следует учитывать, что он уменьшает содержание в крови антипсихотиков, так что больному могут потребоваться увеличенные дозы антипсихотических препаратов.

Близким тех больных, у которых наблюдается пристрастие к алкоголю и наркотикам, следует иметь в виду, что это явление встречается довольно часто, так что надо уметь распознавать признаки подобной зависимости. Таким признаком может служить непонятное исчезновение значительных сумм денег. Важным элементом в разработке правильного плана лечения является осознание пациентом своей зависимости от алкоголя и/или наркотиков, понимание последствий, установление жестких лимитов их потребления и при необходимости — проведение принудительного лечения (часто на основе судебных постановлений).

Следует ли вообще разрешать больным шизофренией выпивать? Многие клиницисты отвечают на этот вопрос отрицательно. Я мог бы с ними согласиться при том условии, что данный больной проявляет признаки агрессивности или алкоголь усиливает симптоматику его заболевания. Однако если этого не наблюдается и если у пациента нет тенденции к выработке зависимости от алкоголя, то мне не известны причины, по которым ему иногда нельзя было бы в компании немного выпить, особенно если данному человеку это доставляет удовольствие. Выпить вечером в кругу приятелей кружку пива или стакан вина за обедом многим людям просто приятно. Нельзя усугублять тяготы жизни и без того несчастных больных шизофренией лишая их маленьких радостей — по крайней мере, если для этого нет веских причин. В то же время лично я всегда говорю пациентам и членам их семей о необходимости соблюдения в потреблении алкоголя определенных норм (например, две

кружки пива или два стакана вина в день) и о необходимости быть постоянно начеку относительно любых признаков алкогольной зависимости.

Что касается возможности приема больными шизофренией наркотиков, то обсуждение можно свести к одному слову — НЕТ! У многих больных употребление даже слабенькой марихуаны может привести к непредсказуемым обострениям психоза, для устранения которых может потребоваться довольно много времени. Один лечившийся у меня молодой человек не проявлял практически никаких психотических симптомов до тех пор, пока не попробовал марихуану, после чего он несколько дней находился в глубоком психозе. Конечно, не все больные шизофренией реагируют на наркотики так остро, но предсказать последствия заранее просто невозможно. Сильнодействующие наркотики из разряда психостимуляторов являются для больных шизофренией настоящим ядом. Близким больного следует любым возможным способом не давать пациенту возможности их принимать, а если есть подозрения, что он их употребляет, дальнейшее пребывание пациента в семье не допускается. Это правило должно соблюдаться со всей жесткостью, если у пациента отмечались признаки агрессивного поведения, так как известны многие случаи убийств, совершенных больными шизофренией именно под воздействием наркотиков. «Драконовские» меры по недопущению употребления больными наркотиков вполне оправданы, включая требование проходить периодические обследования и делать анализ мочи, если больной хочет жить в домашних условиях. В противном случае ему надлежит проходить лечение в психиатрической клинике.

Секс, беременность и СПИД

Интимные отношения занимают большое место в жизни большинства мужчин и женщин, и нет никаких оснований полагать, что для больных шизофренией они имеют меньшее значение. Многие из нас думают, что психически больные в своем роде бесполы, но это суждение ошибочно. Больные шизофренией — люди самые разные, некоторые не проявляют к сексуальным отношениям никакого интере-

са, а некоторые очень даже сексуально озабочены, то есть мы видим в точности такую же картину, как и у здоровых людей.

Как показывают исследования, в каждый данный год две трети больных шизофренией проявляют сексуальную активность. В одной работе говорится о том, что среди амбулаторных больных шизофренией женщин 73 процента сексуально активны; в другой, касающейся как женщин, так и мужчин, утверждается, что из них сексуально активны 62 процента, включая 42 процента мужчин и 19 процентов женщин, у которых в течение последнего года было несколько партнеров. Наблюдение больных, находящихся в психиатрических лечебницах, также показало, что 66 процентов из них за последние полгода вели активную половую жизнь.

Однако по сравнению со здоровыми людьми половая жизнь больных шизофренией значительно осложнена. Только представьте себе, насколько трудно иметь нормальные отношения, когда вас сопровождает бред, что ваш партнер стремится причинить вам боль, обидеть, или когда у вас постоянные слуховые галлюцинации. Д-р М. Б. Розенбаум в своей тонкой статье о сексуальных проблемах психиатрических больных привел рассказ одного пациента, живо описывавшего, как «в момент полового акта в его спальне ангелы и демоны советовали ему, что делать и чего не делать». Д-р Розенбаум пишет: «Многим из нас очень трудно добиться гармонии в интимных отношениях — так насколько же труднее это для больных шизофренией с их многочисленными объективными трудностями!»

На сексуальную жизнь больных шизофренией могут влиять и применяемые ими антипсихотические препараты. В одной из работ утверждается, что побочный эффект от подобных лекарств сказывается на сексуальной функции в 30-60 процентах случаев. К таким побочным эффектам могут относиться снижение полового влечения или импотенция у мужчин, трудности в достижении оргазма и нарушения менструального цикла у женщин. Эти побочные эффекты часто служат причиной того, что больные прекращают принимать антипсихотические средства, причем часто скрывают этот факт. Иногда антипсихотики приводят к усилению половой активности, были описаны два случая, когда

мужчины «если принимали соответствующую дозу лекарства, могли заниматься сексом непрерывно в течение нескольких часов (от двух до шести)». Как ни оценивать побочные проявления антипсихотических препаратов, важно знать, не наблюдались ли отклонения в половой активности до возникновения шизофрении. Различные отклонения в сексуальности у вполне здоровых людей довольно широко распространены, и в некоторых случаях подобные расстройства у больных шизофренией наверняка присутствовали еще до заболевания и никак не связаны с антипсихотическими препаратами.

Еще одна проблема заключается в том, чтобы понять, находится ли данный человек в здравом уме или он просто уступает сексуальным домогательствам. Обычно это относится к женщинам, но иногда может иметь значение и для мужчин, подвергающимся домогательствам со стороны гомосексуалистов. В этих случаях близким больной нужно найти ответ на вопросы: в состоянии ли она сказать «нет» мужчине в ситуации, не связанной с сексом? Всегда ли ее суждения в ежедневных бытовых ситуациях причинно обусловлены? Разборчива ли она в своих сексуальных контактах? Пытается ли она избегать мужчин или, наоборот, ищет их общества? Не соглашается ли она на половую связь из-за нужды в сигаретах или кофе?

Часто прояснить этот важный для семьи вопрос могут консультации с лечащим психиатром и /или обслуживающим персоналом той клиники, где лечится данный пациент (пациентка). Например, семейство одной женщины было просто шокировано, узнав, что та в своем интернате регулярно вступала в половые отношения, причем пациентка заявила, что ее к этому вынуждали. Беседы с обслуживающим персоналом позволили выяснить, что эта женщина сама стремилась найти себе партнера, а ее заявления о домогательствах имели целью лишь скрыть свое поведение от родителей. Женщинам, которые вступают в половую связь ради пачки сигарет или чашки кофе, семья и обслуживающий персонал должны помочь решить проблему этой зависимости, обеспечив их и тем, и другим в разумном количестве, так, чтобы у них не было необходимости заниматься продажей собственного тела.

Еще одним источником проблем для больных шизофренией является предохранение от беременности. Согласно

мнению одного из авторитетов, «число детей, рождающихся у психически больных матерей, с момента начала деинституализации в США возросло не менее чем в три раза». Наиболее надежным контрацептивом являются презервативы, которые предохраняют от беременности и одновременно защищают от СПИДа, но многие мужчины не хотят ими пользоваться. Среди больных шизофренией женщин чаще встречается нежелательная беременность. В одной из работ отмечается, что у 31 процента обследованных пациенток были аборты. Управлением по контролю за пищевыми продуктами и медикаментами были утверждены и допущены к применению два способа долгосрочной контрацепции для женщин. Один из них представляет собой инъекцию медроксипрогестерона ацетата (Депо-Провера), которую нужно делать раз в три месяца. При втором способе под кожу имплантируется прогестин (Норплант), который действует в течение пяти лет. Оба этих способа доказали свою высокую эффективность, но могут вызывать нарушения менструального цикла.

Этические аспекты проблемы, связанной с применением контрацептивов женщинами, больными шизофренией, также ставят много вопросов. Некоторые женщины могут не захотеть пользоваться контрацептивами по религиозным соображениям, другие — потому что хотят забеременеть. Можно понять и посочувствовать женщине, вышедшей из психиатрической клиники после пятнадцати лет пребывания там и желающей завести ребенка, пока не стало слишком поздно, но можно также пожалеть ребенка, родившегося в такой ситуации и полностью зависящего от своей матери. Фактор наследственности у детей, родившихся от двух больных шизофренией, играет огромную роль: примерно у 46 процентов таких детей может развиться шизофрения (смотри главу 10). Несомненно и то, что у большинства больных шизофренией достаточно проблем в удовлетворении своих собственных нужд, не говоря уже об уходе за новорожденным или маленьким ребенком. Обследование 80 амбулаторных хронических психически больных показало, что из 75 их детей лишь треть получали надлежащий уход.

Если ребенок уже зачат, то родители и их семьи оказываются между Сциллой и Харибдой. Нужно рассмотреть и возможность аборта, и возможность сохранения ребенка.

Решение нужно принимать ответственно, желательно проконсультироваться с психиатром, семейным врачом, юристом, духовным наставником, работниками службы социального обеспечения. Часто после подобных консультаций достигается общее мнение, и таким образом разделяется груз ответственности за принятие решения, что существенно облегчает положение как самого пациента, так и его семьи.

Известно, что страдающие шизофренией женщины менее склонны соблюдать рекомендации врачей по поведению в период беременности и следовать их инструкциям. В некоторых работах приводятся данные, что у больных шизофренией при беременности и родах чаще наблюдаются осложнения, но исследование д-ра Томаса Макнейла, признанного авторитета в этой области, не подтвердило этого.

Главной проблемой при беременности у больных шизофренией женщин является вопрос, принимать или не принимать антипсихотические препараты. Как известно, во время беременности лучше всего вообще избегать приема медицинских препаратов, однако для больных шизофренией это часто бывает невозможно. Антипсихотические средства принимали во время беременности тысячи женщин, и, похоже, по сравнению с другими лекарствами, они достаточно безопасны.

Тем не менее последние исследования показали, что эти препараты могут привести к деформации плода и врожденным порокам у ребенка, так что они не могут считаться полностью безвредными и принимать их следует только в случае крайней необходимости. Самыми критическими для плода являются первые три месяца беременности.

Принимая во внимание все, что по этому поводу известно к настоящему времени, больным шизофренией беременным женщинам можно предложить придерживаться нескольких правил:

1. Прекратить во время первых трех месяцев беременности прием антипсихотических препаратов, если это не приводит к обострению болезни.
2. Воздерживаться в период беременности от приема лекарств так долго, насколько это позволяет симптоматика.
3. Если возникает необходимость в возобновлении приема лекарств, то следует использовать те препараты, которые

помогали в прошлом. Пока у нас нет достаточно данных, чтобы говорить о предпочтительности в период беременности того или другого лекарства.

4. Не стоит проявлять героизм, вообще отказываясь от употребления лекарств любой ценой. Если женщине требуется антипсихотическое средство, то его следует применять. Беременная женщина с острыми психотическими симптомами представляет опасность как для себя самой, так и для ребенка.
5. Тщательно обсудите вопрос о медикаментозном лечении еще до беременности или в самом ее начале. Убедитесь, что ваши близкие и все заинтересованные лица полностью отдают себе отчет об имеющихся возможностях выбора. Если принимается решение о прекращении приема антипсихотических препаратов, то договоритесь о том, что если врач порекомендует возобновить их прием, женщина ему подчинится. Этот договор должен быть для беременной женщины обязательным. Даже если она вследствие обострения психоза изменит свое решение, при необходимости лечение может осуществляться в недобровольном порядке. Подобный договор иногда называют «Договором Улисса», по имени древнегреческого героя, велевшего своим матросам привязать его к мачте и не менять курс корабля, даже если он, услышав пение сирен, прикажет им это сделать.

Не следует принимать антипсихотические препараты в период кормления ребенка грудью. В женском молоке антипсихотиков содержится совсем немного, но в связи с тем, что функции печени и почек ребенка еще не развиты, лекарство может накапливаться в организме младенца. Так как у принимающей антипсихотики женщины всегда имеется возможность кормить малыша искусственно, из бутылочки, это правило следует соблюдать неукоснительно.

Еще одной сравнительно новой угрозой здоровью больных шизофренией является СПИД. Обследование на наличие ВИЧ (вируса иммунодефицита человека) новых пациентов психиатрических клиник дает оценки, колеблющиеся от 1,6 процента в Техасе до 5,5 процента в Нью-Йорке, но эти показатели относятся к больным с разными диагнозами. Единственное исследование, посвященное заболеваемости СПИДом именно больных шизофренией, было проведено в

университетской клинике Нью-Йорка и дало величину 3,4 процента.

Опрос больных шизофренией на предмет выяснения их осведомленности о СПИДе и факторах риска показал наличие у них очень слабых знаний в этой области. В одном обследовании больных шизофренией женщин 36 процентов из них ответили, что СПИД передается при рукопожатии, 58 процентов — что его можно подхватить от стульчака в туалете, а 53 процента понятия не имели, что от СПИДа можно предохраниться с помощью презерватива. В 1993 году в одной работе было выявлено, что за предыдущие полгода презервативами постоянно пользовались лишь двое из восьми больных шизофренией, имевших постоянного партнера, и лишь один из пятнадцати, имевших разных сексуальных партнеров. В другой работе был выявлен факт, что треть хронических психически больных уже когда-либо проходили лечение от венерических заболеваний, которые считаются основным фактором риска при передаче ВИЧ. В настоящее время мы ясно видим начало возникновения большой проблемы — распространение СПИДа среди больных шизофренией и другими психическими заболеваниями.

Что здесь могут сделать сами больные и их близкие? Прежде всего ясно, что для решения проблемы СПИДа нужны профилактические меры, санитарное просвещение и использование презервативов — именно этим вопросам следует отдавать приоритет. Эпидемия СПИДа уже началась, и больные шизофренией не являются исключением из числа ее жертв.

Нежелание лечиться

Пренебрежение лечением со стороны больных шизофренией представляет собой главный источник беспокойства и раздражения для близких пациента и наиболее важную причину обострений заболевания и повторных госпитализаций. Это явление распространено довольно широко — около семидесяти процентов пациентов прекращают медикаментозное лечение к концу, второго года после госпитализации. Было даже подсчитано, что такое нежелание лечиться обходится ежегодно в 136 миллионов долларов. Пренебрежение лече-

нием свойственно и больным другими заболеваниями, например гипертонической болезнью, сердечно-сосудистыми заболеваниями, ревматоидным артритом и туберкулезом, но при шизофрении оно достигает гораздо больших масштабов. В нежелании лечиться можно выделить три основные причины: отсутствие адекватной самооценки, побочные эффекты от применявшихся лекарств и плохие отношения между врачом и пациентом.

Отсутствие адекватной самооценки

Отсутствие адекватной самооценки[1] как шизофренический симптом известно уже более двух веков. Еще в 1919 году Эмиль Крепелин отмечал, что «в большинстве случаев с прогрессированием этого заболевания быстро ухудшается способность самооценки больного». Имеются данные, что 81 процент больных шизофренией отличаются существенным снижением способности к правильной самооценке, хотя новейшие исследования, проведенные в Лондоне и Нью-Йорке, дают величину около 50 процентов. Имеются также убедительные свидетельства, что изменение самооценки у больных шизофренией присуще самому заболеванию, поражающему лобные доли головного мозга, то есть ту его часть, с помощью которой человек воспринимает и оценивает сам себя. Известно, что антипсихотические препараты у большинства пациентов не приводят к улучшению способности самовосприятия, хотя и влияют на другие симптомы, например бред и галлюцинации.

Одно из последствий изменения самооценки вполне предсказуемо — если человек не понимает, здоров он или болен, зачем, спрашивается, он будет принимать какие-то лекарства. По данным одного из исследований, число не желавших лечиться среди пациентов с расстройствами самовосприятия было вдвое больше, чем среди пациентов без подобных расстройств. Поэтому совсем не удивительно, что существует обратная зависимость между изменением самооценки и количеством случаев повторной госпитализации.

1. В России относительно этого фактора часто употребляется термин «отсутствие критики к болезни» *{прим. ред.)*.

Отсутствие понимания собственного состояния приводит к отказу от лечения, что, в свою очередь, вызывает рецидив заболевания и необходимость повторной госпитализации.

Побочные явления от применявшихся лекарств

Это вторая причина, по которой больные шизофренией могут отказываться от лечения. Эссо Лиит, страдавшая шизофренией, высказалась об этой проблеме так: «К сожалению, побочные явления от антипсихотических препаратов часто проявляются сильнее, чем сама болезнь, и я на себе испытала побочные эффекты от таблеток, которые я принимала, чтобы снизить побочные явления от антипсихотиков». Имеются многочисленные факты, свидетельствующие, что многие психиатры недостаточно знают диагностику побочных явлений. В одной из работ, например, «главным открытием стало то, что часто неправильно оцениваются психические проявления побочных эффектов». Сообщалось, что «беспокойство пациентов неправильно диагностировалось как симптом, тогда как в 24 процентах случаев оно обусловливалось побочным действием препаратов». К наиболее неприятным побочным явлениям антипсихотиков относятся акатизия («неусидчивость-неулежчивость»), акинезия (заторможенность) и расстройства половой функции. В одной из первых работ, в которой исследовались вопросы отказа больных шизофренией от лечения, делался вывод, что «отказ от приема антипсихотических препаратов часто был связан с побочными эффектами, прежде всего со слабо выраженной акатизией». Автор работы отмечал, что выраженность акатизии может меняться, причем так, что «во время одного визита к врачу больной может принять лекарство и не ощущать никаких побочных явлений, а через две недели от той же дозы нейролептиков испытывать акатизию или другие нарушения движений». Одним из возможных решений данной проблемы может стать рекомендация принимать при необходимости дополнительные дозы антипаркинсонических препаратов. Особенно трудна для диагностики акинезия, поскольку диагноз строится на субъективных показателях и ее часто путают с депрессией.

Плохие отношения между врачом и пациентом

Третьей главной причиной, по которой больные шизофренией часто отказываются продолжать лечение, являются несложившиеся отношения между больным и врачом. Нахождение наилучшего антипсихотического препарата и правильная его дозировка — это общее дело врача и пациента. Д-р Рональд Даймонд в своей специальной работе по этому вопросу говорит, что «очень важно внимательно прислушиваться к мнению пациента относительно его опыта приема того или иного лекарства». С точки зрения больного, Бетти Бласка пишет: «Многие описанные выше ошибки [со стороны психиатров] имеют под собой одну причину: отказ от восприятия пациента как эксперта по его болезни. Больной шизофренией действительно может быть авторитетным специалистом по собственному заболеванию».

К сожалению, на практике отношение к пациентам в американской психиатрии таково, что то и дело приходится слышать жалобы типа: «У меня начал проявляться тот-то и тот-то побочный эффект, но врач даже не захотел меня выслушать». Одной из причин подобных отношений «врач—пациент» является то, что многие психиатры, работающие в государственных клиниках, прошли подготовку за рубежом, где врач рассматривается как непререкаемый авторитет и пациентам не дано права иметь собственное мнение или оценивать суждения врача. Еще одна причина этого может крыться в том, что во многих районах врач встречается с пациентом раз в два-три месяца, и то на пятнадцать минут, чтобы проверить ход лечения. За это время невозможно подробно побеседовать, разве что только о наиболее острых побочных явлениях.

Нежелание лечиться у больных шизофренией может возникать и по многим другим причинам. Мужчины (они особенно) не любят принимать вообще никаких лекарств, так как это якобы унижает их мужское достоинство и дает ощущение зависимости от чего-то или кого-то. Другие пациенты рассматривают свой отказ от лечения как своего рода возбуждающий риск — вроде езды с превышением скорости или занятий дельтапланеризмом. Многие не принимают лекарства из-за нежелания признать сам факт своего заболе-

вания, для них каждый вечерний прием таблеток служит напоминанием об их несчастной судьбе и потерянной части жизни. Такое отношение прекрасно описывает Дороти Майнор:

> Я не хотела верить, что больна, подчинившись извращенной логике своей болезни. Вместо того чтобы думать: «Я больна, следовательно, мне нужно лекарство», я думала: «Я принимаю лекарство, следовательно, я больна, стоит мне прекратить им пользоваться, и я выздоровею».

Другие пациенты могут отказываться от лечения по причине бреда, который может быть как бредом величия (например, человек считает, что он всемогущ и, естественно, не нуждается ни в каких лекарствах), так и преследования (например, пациент уверен, что этими лекарствами его хотят отравить).

Что же делать, если больной отказывается принимать лекарства? Для близких больного и специалистов-психиатров очень важно правильно оценить степень подобного нежелания, включая скрытый отказ от лечения, когда пациент делает вид, что он принимает лекарства. Важно также выявить причины подобного отказа, так как решение данной проблемы полностью зависит от того, почему пациент не хочет продолжать лечение — от отсутствия адекватной самооценки, из-за неприятных побочных явлений, вследствие плохих отношений с врачом или наличия бреда.

В большинстве случаев может помочь просвещение больного относительно причин назначения и целесообразности данного курса лечения. В одной из недавних работ было обнаружено, что при выписке из психиатрической клиники 37 процентов пациентов не знали, почему им назначено данное лекарство, а 47 процентов не знали, когда его следует принимать. Конечно, частично это можно объяснить встречающимися у больных расстройствами мышления. Упростить процесс приема лекарственных препаратов может применение специальных упаковок для лекарств с несколькими отделениями, где препараты разложены в соответствии с дозами и днями приема. При наличии показаний очень полезными могут оказаться инъекции лекарств длительного действия типа галоперидола и деканоата («пролонгов»), которые делают только раз в месяц.

Отношения «врач — пациент» можно улучшить, если доктор будет рассматривать больного в качестве партнера, а не слепо подчиняющегося ему человека. Может оказаться полезным наличие у пациента дневника, куда он записывает проявления побочных эффектов, а также предоставление ему некоторой свободы в уменьшении или увеличении дозы антипсихотиков. Ход лечения — это своего рода «совместное предприятие», где риск и прибыль делятся поровну. Риск при нежелании лечиться подразумевает повторную госпитализацию, агрессивность, попадание в тюрьму, покушение на самоубийство, а прибыль — это отсутствие побочных явлений. К риску лечения относится некоторая вероятность появления побочных эффектов, но прибыль — это возможность жить более нормальной жизнью и даже добиться в ней определенного успеха.

Для пациентов с изменением самооценки все вышесказанное может оказаться непригодным, не убедит их в необходимости лечения. Вот тут может применяться политика «подкупа», причем достаточной «взяткой» могут оказаться кофе и сигареты. Еще одним способом «подкупа» является выдача пациенту некоторой суммы наличных (из его пособия по нетрудоспособности) за каждый приход в амбулаторию на укол галоперидола или другого лекарства или за каждый прием таблеток дома. Хотя в некоторых штатах такие действия являются не совсем законными, постепенно практика подобного положительного стимулирования получает все большее распространение, и, вероятно, большинство судов будет смотреть на это сквозь пальцы. Так, например, Апелляционное жюри Верховного суда США в 1988 году постановило, что человек с задержкой умственного развития или эпилепсией в случае отказа от лечения должен быть лишен пособия по нетрудоспособности.

Если на больного не действуют никакие посулы и «подкуп», остается только принуждение. Законным подобное принуждение к лечению является в следующих трех случаях.

Условная выписка

В большинстве штатов после принудительной госпитализации пациент может быть выписан из психиатрического лечебного учреждения условно. Возможность пребывания за

пределами клиники в этом случае зависит от приема соответствующих лекарств и выполнения назначенного курса лечения. Условная выписка чаще всего распространяется на лиц, в отношении которых возбуждено судебное преследование, и очень напоминает освобождение под залог. Наиболее успешно и широко подобная условная выписка применяется в штате Нью-Гемпшир.

Опекунство

Опекунами являются назначенные судом лица, которые действуют в интересах человека, признанного недееспособным, и нашем случае - человека с психическим расстройством. Опекунство широко применяется по отношению к умственно отсталым и гораздо реже (за исключением нескольких штатов, включая Калифорнию) - по отношению к психически больным. В некоторых штатах опекун может приказать опекаемому принять лекарство, а в случае невыполнения данного требования - госпитализировать его. Исследования эффективности опекунства над больными шизофренией с отсутствием критического отношения к болезни выявили большую пользу опекунства для стабилизации состояния пациентов.

Обязательное амбулаторное лечение

Если условная выписка является продолжением недобровольной госпитализации, то обязательное амбулаторное лечение представляет собой отдельный правовой аспект. В этом случае суд постановляет, что психически больной человек может жить дома только до тех пор, пока он выполняет предписанный курс лечения, который практически всегда подразумевает прием лекарственных препаратов. Подобные законодательные акты имеются в большинстве штатов, но применяются они относительно часто только в двенадцати (в Аризоне, Айове, Вашингтоне, Вермонте, Висконсине, Канзасе, Мичигане, Небраске, Род-Айленде, Северной Каролине, Северной Дакоте, и Юте), да еще в округе Колумбия (г. Вашингтон). Согласно проведенным в некоторых из этих штатов исследованиям, обязательное ам-

булаторное лечение является очень эффективным средством в деле сокращения уровня повторных госпитализаций.

В тех случаях, когда пациентов приходится принуждать принимать лекарства, главной проблемой является то, как проконтролировать, приняли они на самом деле свое лекарство или нет. Для больных, которые хорошо реагируют на инъекции «пролонгов» типа галоперидола или деканоата, это и является, вероятно, наилучшим решением. Многие антипсихотики выпускаются в жидкой форме, и их можно подмешивать к напиткам, сокам, так что и здесь можно проследить, проглотил их больной или нет. У пациентов, принимающих соли лития, можно контролировать химический состав крови. Что касается больных, принимающих другие таблетки, им можно к лекарствам подмешивать в качестве маркеров определенные вещества и затем делать анализы мочи. Аналогичные меры в свое время вводились для принудительного медикаментозного лечения других заболеваний, например туберкулеза, однако при лечении больных шизофренией они пока что широко не использовались.

Многие специалисты в области психических заболеваний считают принудительное лечение неприемлемым и противоречащим основным принципам свободы. По их мнению, это не что иное, как нарушение основных гражданских прав: права человека на частную жизнь, права на свободу слова и мысли. Союзу борьбы за гражданские права и Организации по разработке проектов законов по психическому здоровью удалось даже добиться в некоторых штатах полного запрещения принудительного лечения.

Эти руководствующиеся самыми благими намерениями, но введенные в заблуждение «защитники» не понимают, что у примерно половины больных шизофренией наблюдаются изменения восприятия и самооценки, что их отказ от лечения является следствием алогичности и иррациональности процесса мышления. Здесь необходимо на одну чашу весов положить право человека на свободу частной жизни, а на другую — его право освободиться от симптомов заболевания. Как однажды было замечено, психиатрические пациенты «пострадают, если свобода, которой они не могут наслаждаться, будет поставлена выше здоровья, которого иногда приходится добиваться принуждением». Права чело-

века должны также сопоставляться с нуждами и правами его близких и общества в целом, особенно в тех случаях, когда больной при отсутствии лечения проявляет признаки агрессивности и жестокости.

В основе большинства подобных споров лежат давние разногласия и соперничество между юристами и психиатрами. Поскольку судьями в большинстве своем являются представители права, то и большинство принимаемых ими решений склоняется на сторону буквально воспринимаемых юридических положений. Это было бы не так страшно, если бы дело касалось только трудных подростков, но, к сожалению, слишком часто судебные решения, с виду защищающие права пациента, на самом деле причиняют ущерб его здоровью. Это было подчеркнуто одним из видных законодателей штата Нью-Йорк: «Государство должно уже начать пересматривать свои приоритеты применительно к душевнобольным, вместо гарантированного права отказаться от лечения мы прежде всего должны гарантировать право на его получение».

Лично я твердо придерживаюсь того мнения, что при необходимости пациента нужно лечить против его воли. Естественно, при этом необходимо создать стройную систему контроля — точно так же, как должны постоянно пересматриваться правила недобровольной госпитализации. Пациент с шизофренией действительно болен, и отказ от лечения скорее нанесет ему вред, чем поможет. Я бы посоветовал всем тем «защитникам», которые возбуждают в судах дела против применения принудительного медикаментозного лечения, провести хотя бы день в приемном покое или палате психиатрической клиники рядом с теми пациентами, которым еще не дали лекарство. Эти «защитники» получили бы незабываемые впечатления.

Проявление агрессивности или жестокости

В последние годы у некоторых больных шизофренией пациентов стали все чаще отмечаться признаки агрессивности и жестокости. Исследования этого вопроса ясно доказывают, что большинство больных шизофренией не агрессивны, но некоторые пациенты (их немного) действительно могут

проявлять агрессивность и жестокость. Главным фактором, определяющим подобное поведение, является зависимость таких пациентов от алкоголя и наркотиков, а также отказ от приема соответствующих лекарственных препаратов.

Рост агрессивности больных был отмечен в двух работах, выполненных по инициативе Национального союза помощи душевнобольным. В обследовании 1986 года 38 процентов семей «сообщили, что их больной родственник иногда или часто бывал агрессивен, буянил». В 1990 году в другом исследовании отмечалось, что из 1401 опрошенной семьи в 10,6 процента из них больной нанес физический ущерб другому человеку, а в 12,2 процента — угрожал своим близким.

Эти данные совпадают и с выводами других исследований в области агрессивности хронических психически больных. Судя по обзору работ 60-х и 70-х годов, выполненному Рабкиным, у выписанных из психиатрических клиник пациентов «в каждой работе отмечается превышение количества арестов и выдвинутых против них обвинений в уголовных преступлениях, совершенных с особой жестокостью, по сравнению с данными относительно всего населения». В другой работе приводятся данные о том, что у пятнадцати из двадцати человек, арестованных в Нью-Йорке за попытку столкнуть кого-либо под поезд метро, была диагностирована шизофрения. В работе Стедмена говорится, что «у 27 процентов выписанных из психиатрических лечебниц пациентов (как мужчин, так и женщин) в течение четырех месяцев после выписки был отмечен, по крайней мере, один акт агрессивного или жестокого поведения».

Сходные данные можно найти и относительно больных, проживающих самостоятельно или в семьях. В методологически безупречном исследовании, выполненном в Нью-Йорке Л инком и его коллегами, было доказано, что у бывших психиатрических пациентов вероятность применения оружия или нанесения тяжелых телесных повреждений окружающим в три раза выше, чем у остальных обитателей данного района, а самые жестокие преступления были совершены наиболее тяжелобольными лицами, которые не принимали положенные им лекарства. По данным НИПЗ, в конфликтной ситуации психически больные применяют оружие в двадцать раз чаще, чем люди, не страдающие

психическими заболеваниями. Была выявлена также прямая зависимость между агрессивностью при шизофрении и пристрастием данного человека к алкоголю или наркотикам.

Здесь обязательно следует заметить, что американское общество само по себе очень жестоко, так что доля больных шизофренией в этой общей жестокости относительно мала. Еще раз нужно подчеркнуть, что большинство больных шизофренией совершенно не агрессивны и не жестоки. Близким больных, сталкивающимся с этой проблемой, следует научиться распознавать признаки нарастания агрессивности и уделять им повышенное внимание. Если больной становится агрессивным, то лучше всего сохранять спокойствие (преимущественно слушать, отвечать спокойно и доброжелательно), держаться от такого человека на достаточном расстоянии, а при необходимости обратиться за помощью и/или в полицию.

Многих случаев агрессивного и жестокого поведения можно избежать путем заблаговременно принятых мер. Если в прошлом у пациента наблюдались отдельные эпизоды подобного поведения, то семье больного нужно заранее обезопасить свое жилище (например, держать ножи под замком), попросить о проверке или пересмотре назначенного курса лечения, удостовериться в желании пациента лечиться (в противном случае добиваться принудительного лечения), попытаться уменьшить зависимость больного от алкоголя или наркотиков путем контроля за расходованием им денежных средств, а также дать ему ясно понять возможные последствия агрессивного поведения (вплоть до запрещения проживать дома). При продолжении проявлений жестокости и агрессивности госпитализация *необходима.*

Для семьи, где родственник проявляет агрессивность или жестокость, жизнь в одном доме с ним часто превращается в ад. Члены семьи и боятся больного, и в то же время жалеют его, зная, что его поведение является следствием нарушения работы головного мозга. Здесь перемешиваются все чувства — любовь и страх, отчуждение и влечение. Независимо от того, насколько хорошо больной чувствует себя в настоящий момент, старые воспоминания о его предыдущих покушениях и выпадах никогда полностью не проходят.

Покушения на самоубийство

Основной вклад в высокие, по сравнению со всем населением, показатели смертности среди больных шизофренией вносят самоубийства. В последнем обзоре работ в данной области утверждается, что «покушения на самоубийство являются основной причиной преждевременной смерти больных шизофренией; от 10 до 13 процентов составляют попытки, заканчивающиеся смертельным исходом». Это число чуть меньше 15-17 процентов самоубийств у лиц с маниакально-депрессивным психозом. Среди здорового населения уровень самоубийств составляет около одного процента.

У больных шизофренией одной из главных причин покушений на самоубийство (так же как и у здоровых людей) является глубокая депрессия, которую большинство из них испытывают в некоторый момент своего заболевания. Понимание этого факта должно настораживать психиатров относительно депрессивных проявлений и приводить к усиленному лечению таких пациентов при помощи антидепрессантов (смотри главу 7). Депрессия может возникать как один из симптомов шизофрении (вследствие влияния на химические процессы в головном мозге больного, приводящего к ощущению депрессии) или как реакция на заболевание (в результате осознания пациентом всей тяжести своего недуга), или, иногда, вследствие побочных эффектов применяемых для лечения шизофрении препаратов. При шизофрении возникающую депрессию следует отличать от замедленности движений (акинезии) и замедленности мыслительных процессов, которые могут быть симптомами собственно шизофрении.

Большинство больных шизофренией совершают покушения на самоубийство в течение первых десяти лет своей болезни. Как и следовало ожидать, примерно три четверти из этих самоубийц — мужчины. Наиболее подвержены подобному риску пациенты с перемежающимися периодами затухания и обострения заболевания, со способностью к адекватной самооценке (то есть они понимают, что больны), со слабой реакцией на проводимый курс лечения, потерявшие надежду на будущее и столкнувшиеся с огромным контрастом между своим прежним положением в обществе и нынешним состоянием дел. Любого пациента с такими ха-

рактеристиками и при этом находящегося в состоянии депрессии следует рассматривать как относящегося к группе повышенного риска. Наиболее опасным для потенциальных самоубийц периодом является период ремиссии, следующий непосредственно после обострения болезни.

В некоторых случаях больные шизофренией кончают с собой в период острого психоза, например, они могут неожиданно выпрыгнуть из окна, думая, что могут летать, или потому, что так приказали «голоса». Но большинство самоубийств при шизофрении совершается намеренно и часто тщательно планируется. Как всякому клиницисту, имеющему дело с большим числом больных шизофренией, мне лично пришлось столкнуться с несколькими самоубийствами, и все эти случаи вызывают у меня глубокую печаль.

Бывают, однако, такие самоубийства, которые, помимо печали, вызывают и злость. Это случаи, которых вполне могло не быть. Например, пациенту назначили неправильное лечение, а потом сказали, что ничего больше сделать невозможно, или лекарства прекрасно помогали больному, но потом появился другой врач, который сократил медикаментозное лечение и начал заниматься традиционным для психотерапии копанием в душе пациента. Мне очень хотелось бы здесь написать, что такие случаи исключительно редки, но, увы, это не так. Высокий уровень самоубийств при шизофрении отчасти вызван нашей системой лечения и ухода (вернее, отсутствием хорошей системы), в которую насильно пытаются «запихнуть» пациента.

Что могут сделать близкие и друзья больных, чтобы свести к минимуму риск самоубийства? Самое важное — это все время иметь в виду подобную возможность, особенно если пациент находится в состоянии депрессии и только недавно пережил период обострения своей болезни. Настораживающим фактором являются предыдущие попытки самоубийства. Роль своеобразных «красных флажков» возможных суицидальных попыток могут играть проявление больным чувства вины и никчемности своего существования, отсутствие веры в будущее, нежелание планировать свою жизнь, а также приведение своих дел в порядок (например, акты дарения имущества или написание завещания).

Заметив подобные признаки, члены семьи должны поговорить с больным и принять меры предосторожности. Прямо спросите пациента, не намерен ли тот совершить само-

убийство, например: «Я знаю, у тебя только что была глубокая депрессия, и я очень о тебе беспокоюсь. Неужели ты хочешь что-то с собой сделать?» Некоторые боятся спрашивать больного о самоубийстве из опасения поселить эту идею в его сознание. Бояться этого не следует, наоборот, часто пациент чувствует облегчение, когда у него есть возможность поделиться с кем-то своими суицидальными мыслями и планами. Большинство людей, собирающиеся покончить жизнь самоубийством, испытывают довольно сложные и смешанные чувства. Не стоит впрямую спорить с больным, лучше сделать особый акцент на том, почему этого делать не надо. В этот момент часто помогает заверение, что в ближайшее время появится новое эффективное лекарство, которое дает меньше побочных явлений.

Меры предосторожности состоят прежде всего в том, чтобы устранить из пределов досягаемости больного возможные средства совершения самоубийства (например, огнестрельное оружие или таблетки). Убедитесь также, что лечащий психиатр знает о суицидальных намерениях своего пациента и уже приступил к активному лечению его депрессивного состояния. Если психиатр действует недостаточно решительно или отказывается действовать вообще, сообщите о своих подозрениях и просьбах в письменном виде и зарегистрируйте этот документ в канцелярии, добавив при необходимости, что вы проконсультировались в данном случае со своим адвокатом. В некоторых случаях может понадобиться принудительная госпитализация до тех пор, пока вы не убедитесь, что лечение антидепрессантами дало эффект и безопасность пациента обеспечена.

Несмотря на все усилия родственников и друзей, некоторые больные шизофренией все-таки совершают самоубийства. Если близкие и друзья сделали все, что было в их силах, им не следует ни в чем себя винить и упрекать. Самоубийство при шизофрении — это полная и окончательная мера всей трагедии этого заболевания.

Глава 10

Вопросы, задаваемые больными и их близкими

Безумие, как дождь, ниспадает и на добрых, и на злых; и хотя оно всегда остается страшным несчастьем, в нем не больше греха или стыда, чем в малярии или лихорадке.

Обитатель Королевской лечебницы для умалишенных в Глазго, 1860

Шизофрения приносит с собой огромное множество самых разных практических проблем. Другие хронические заболевания — полиомиелит, почечная недостаточность, рак — могут причинять семьям пациентов эмоциональные, физические, а иногда и финансовые трудности. Когда же хроническая болезнь поражает головной мозг, то лечение и уход за больным требуют невообразимого напряжения. Что бы человек ни делал, что бы он ни пытался осуществить, всегда присутствует ощущение, что этого недостаточно. Лечение шизофрении напоминает труд Сизифа, который втаскивал на гору огромный камень лишь затем, чтобы увидеть, как он тут же скатывается обратно.

Изменяется ли при шизофрении ядро личности?

Изменяет ли шизофрения саму личность больного? Долгие годы я подозревал, что это не так, основываясь на наблюдениях за моей больной сестрой и сотнями других пациентов. Мне вспоминается один молодой человек, симптомы болезни у которого удалось поставить под контроль благодаря различным сочетаниям антипсихотических препаратов.

Близкие его, однако, жаловались, что по утрам его бывает невозможно поднять с постели, и просили подыскать ему другое лекарство. После нескольких месяцев безуспешных попыток мне пришло в голову спросить у его родственников, а как было раньше, до заболевания, легко ли он вставал по утрам? «О! — ответили мне. — Тогда было то же, что и сейчас, поднять его удавалось с превеликим трудом!» На этом мои эксперименты с лекарствами прекратились, послужив хорошим уроком на будущее.

Не так давно появилась возможность выяснить, изменяет ли шизофрения основные черты личности. Для этого мы обследовали однояйцевых близнецов, один из которых был болен шизофренией, а второй — нет. Так как личностные характеристики однояйцевых близнецов во многом схожи, то теоретически можно определить, насколько они (характеристики) меняются под воздействием шизофрении. В эксперименте участвовали 27 пар близнецов.

Результаты оказались ясными и убедительными. По шкале оценки личностных характеристик, по которой измеряют такие параметры, как счастье, тревожность и удовлетворение социальными контактами, показатели у больных близнецов были существенно ниже, чем у здоровых. Однако по остальным параметрам наблюдались очень небольшие изменения, причем по многим показателям — таким, как отношение к традиционным ценностям, склонность к риску — никаких расхождений выявлено не было. Две спокойные и набожные женщины-близнецы были одинаково спокойными и набожными, несмотря на то, что одна из них болела шизофренией. Двое отчаянных юношей-близнецов, любящих авантюры и всяческие рискованные предприятия, были в равной мере азартными, невзирая на болезнь одного из них. Ядро личности больного шизофренией если и изменилось, то совсем незаметно.

Тот факт, что шизофрения очень незначительно изменяет индивидуальность больного, отмечался и другими исследователями. Мать одной из самых тяжелых моих пациенток высказалась однажды так: «Та дочь, которая у меня была когда-то — если бы не эта чертова болезнь!, — как бы в зародыше присутствует в моей сегодняшней дочери». Болезнь и пациент — это не одно и то же, их можно и нужно отделять друг от друга. Шизофрения с равной долей веро-

ятности может поразить человека с любым складом личности, от выраженных себялюбцев и эгоистов до щедрых альтруистов. После заболевания шизофренией основные черты личности остаются теми же, несмотря на бред, галлюцинации, расстройства мышления и психозы.

Конечно, всегда присутствует желание списать на болезнь все нежелательные личностные черты. Я знал семьи, которые идеализировали прошлое, вспоминая те положительные качества, которые были у пациента до его болезни, хотя факты свидетельствовали о другом. Мне также приходилось иметь дело с пациентами, списывавшими на болезнь все свои слабости и недостатки, хотя на самом деле те же черты были у них еще до заболевания.

Шизофрения также не меняет склада личности у матерей, отцов, братьев и сестер больных. Близкие пациента могут принадлежать к самым различным типам людей, и болезнь их родственника никоим образом не влияет на индивидуальные особенности членов его семьи. Родители, братья и сестры больного могут быть назойливыми, докучливыми, отзывчивыми, отрицающими все и вся, любящими — но все эти качества существовали у них еще до того, как их родственник заболел шизофренией. На самом деле именно наличие некоторых нежелательных личностных черт у родственников больного шизофренией послужило основой для возникновения теорий о влиянии семьи на развитие этого заболевания (мы обсуждали этот вопрос в главе 6). Сторонники этих теорий, По-видимому, не обратили внимания, что подобные нежелательные черты встречаются в той или иной степени во всех семьях, независимо от того, есть там больной шизофренией или нет. Шизофрения — болезнь «равных возможностей», она может встретиться в любой семье, так же, как и у любого человека.

Отвечают ли больные шизофренией за свое поведение?

Одной из наиболее животрепещущих проблем для самих больных, членов их семей и специалистов по психическим заболеваниям является оценка того, насколько больной

контролирует симптомы заболевания и свое поведение. Большинство пациентов в той или иной мере способны контролировать себя, но степень подобного контроля у разных людей разная, и даже у конкретного больного она может меняться чуть ли не каждую неделю. Многие пациенты, например, способны на короткое время подавлять у себя, пусть и с огромными усилиями, слуховые галлюцинации или неправильное поведение, но они не могут делать этого в течение более длительного периода времени. Данный аспект шизофрении прекрасно описал Джон Уинг, ведущий английский исследователь этого заболевания:

> Особую трудность в лечении шизофрении представляет то, что она находится как бы в промежутке между слепотой, которая, приводя к тяжелой инвалидности, не затрагивает способность пациента делать собственные выводы о своем будущем, и умственной отсталостью, при которой пациент, очевидно, не способен на подобные самостоятельные суждения. При шизофрении возможность самооценки и тяжесть заболевания у различных больных колеблются очень сильно.

Что нужно делать, когда, например, ваш больной шизофренией сын настаивает, что ему обязательно нужно раздеться догола перед пришедшей в гости тетушкой Агатой? Иногда этот его порыв может быть реакцией на «голоса», сказавшие ему, что если он не разденется, то наступит конец света, причем вина за это ляжет именно на него. В других случаях подобное раздевание может стать ответом на причудливое смешение расстройства мысли и негодования по поводу кого-то, кто похож на эту тетушку. Кроме того, это раздевание может представлять собой сознательный угрожающий жест тете Агате и всей семье. Некоторые больные шизофренией точно так же, как и здоровые люди, прекрасно умеют использовать симптомы своего заболевания для манипулирования близкими и получения желаемого результата. Например, некоторые пациенты, помещенные туда, где они жить не хотят, точно знают, как им следует себя вести, чтобы вернуться в свою клинику или еще куда-либо, где они жили раньше. У меня было много выздоровевших пациентов, которые мне прямо говорили: «Доктор, мне немного лучше, но еще не настолько, чтобы идти на работу».

Как можно определить, отвечает ли больной шизофренией за свои действия? Родственники, друзья и специалисты по психическим заболеваниям, давно знающие больного, обычно могут это оценить исходя из общих личностных черт данного человека. В приведенном выше примере родственникам следовало бы после ухода тетушки Агаты сесть и спокойно обсудить с больным сыном, что именно произошло, почему он вел себя именно так, как этого не допустить и будущем, каковы будут последствия для сына, если подобное повторится, а также юридические последствия публичного раздевания. Часто бывает полезно подключить к подобному разбору лечащего психиатра, духовного наставника, работника службы социального обеспечения и других, способных оказать помощь людей.

Проблема ответственности больных- шизофренией за свое поведение еще более обостряется, если больного обвиняют и совершении какого-либо преступления. В подобных случаях человек может быть или признан невменяемым и направлен на принудительное лечение в психиатрическую клинику, или признан отвечающим за свои поступки и обязанным предстать перед судом. При этом у больных шизофренией часто признается состояние невменяемости.

Понятие невменяемости восходит еще к XIII веку, когда оно было известно под названием «проверка на дикого зверя» (то есть люди, ведущие себя как дикие звери, считались не отдающими отчет в своих действиях). В XIX веке в Англии при рассмотрении дела М'Негтена эта проверка превратилась в тест «правильно—неправильно» (то есть люди, не могущие отличить правильное от неправильного, признавались невменяемыми). В США не так давно во многих штатах этот тест был заменен на тест «причинной связи» (согласно которому, если действия человека являются следствием психического заболевания, он не может нести за них ответственность) или многочисленные его модификации — нечто среднее между тестом на «правильно—неправильно» и тестом «причинной связи». Большинство тестов включают в себя волевой элемент, утверждающий, что данный человек действовал под влиянием «непреодолимого импульса» .

К аргументам в пользу применения понятия невменяемости относится то, что оно защищает больных от осужде-

ния и последующего наказания, которое их не миновало бы, если бы они отвечали за свои действия. Так, если больной шизофренией крадет машину, оставленную с ключами в замке зажигания, посчитав, что это его машина или потому , что так подсказали ему «голоса», то он не может нести ту же ответственность, что и профессиональный угонщик, крадущий автомобили с целью их последующей перепродажи.

Аргументы против использования принципа невменяемости большей частью основаны на эмоциях. Решить, является ли поведение человека следствием его психического заболевания, задача чрезвычайно трудная, решение ее субъективно. Как было замечено, «почти все преступления по определению включают в себя нарушение принятых в обществе норм, что может квалифицироваться как выход за пределы разумного, то есть безумие». Что же касается использования понятия «непреодолимого импульса», то отмечается, что «грань между непреодолимым импульсом и импульсом преодолимым ничуть не заметнее, чем между сумраком и сумерками». Подобные суждения еще труднее опровергнуть, если иметь в виду, что все оценки касаются уже прошедших событий. Кто на самом деле может знать, что происходило в голове у человека в момент совершения преступления месяц назад?

Многие предложения по изменению применения понятия невменяемости включали в себя идею двухэтапного судебного процесса, при котором вопросы виновности в преступлении и вопросы оправдывающих обстоятельств (включая невменяемость) должны быть разделены между собой. На первом этапе должен рассматриваться только вопрос, имело ли место со стороны обвиняемого собственно преступление. Если человек признается виновным, тогда, и только тогда, психиатры и другие свидетели могут давать показания о его психическом состоянии и других оправдывающих обстоятельствах. Их заявления, сделанные под присягой, используются при принятии решения, куда должен быть направлен подсудимый — в тюрьму или в психиатрическую клинику — и на какой срок.

Если на втором этапе судебного процесса будет специально рассматриваться вопрос об ответственности подсудимого за свои действия, то такая система может стать существенным шагом вперед по сравнению с существующей в

настоящее время. Сегодня понятие невменяемости подразумевает, что люди или несут ответственность за свои действия, или не несут. Здоровые считаются полностью вменяемыми, а умалишенные — не несущими ответственности за свои действия, то есть налицо принцип «все или ничего». Подобный упрощенный подход, однако, вступает в противоречие с опытом тех, кто хоть когда-нибудь жил вместе с больным шизофренией. Иногда больные полностью отвечают за свои действия, а иногда совершенно не могут контролировать себя, но в большинстве случаев истина находится где-то посередине.

Как правильно относиться к шизофрении?

Самое главное, что должны сделать близкие больного и сам больной шизофренией, чтобы справиться с болезнью, — это выработать к ней правильное отношение. Правильному отношению к заболеванию мешают прежде всего два фактора, а именно ощущения вины и стыда. Эти чувства присутствуют во многих семьях, не давая идти вперед, мешая взаимоотношениям членов семьи и постоянно угрожая вызвать взрыв взаимных обвинений и перекладываний ответственности за происшедшее друг на друга. Эти чувства вины и стыда — Сцилла и Харибда шизофрении.

Как должно было бы стать ясно из шестой главы, стыдиться и чувствовать себя виноватым из-за шизофрении не стоит. Нет никаких свидетельств, что шизофрения вызывается какими-то отношениями людей друг к другу или отношением взрослого к ребенку. Это заболевание головного мозга биологической природы, и оно не зависит от событий, происходивших в детском или подростковом возрасте. К сожалению, многие люди думают как раз наоборот, и часто их чувства обусловливаются тем, что им сказал тот или иной специалист в области психического здоровья. Это прекрасно показала Луиза Вильсон в своей книге «Этот незнакомец — мой сын»:

Мать. Так что, это мы сделали Тони таким?

Психиатр. Я могу объяснить это так. Любой ребенок, любой

> разум — это tabula rasa, чистая доска. Что на ней пишут *(на меня уставился его указательный палец)* — то на ней и остается.

Последствия такого разговора вполне предсказуемы — мать не спит ночами и все вспоминает, вспоминает, что же она сделала такого, что привело к болезни ее сына?

> ...Мы слишком часто переезжали, когда он был маленьким... Это, наверное, из-за моего напряжения во время беременности, когда его отец был в Европе... Отец был слишком занят своей работой... Не было мужской дружбы и отцовского примера... Ведь он был первенцем, а потом, наверное, слишком быстро пошли следующие дети... Мы слишком много от него требовали и ждали... У него отняли его детство, он слишком быстро повзрослел... Мы неправильно с ним себя вели... Требовали слишком жесткой дисциплины, многое запрещали... Эдипов комплекс...

Естественно, во всем мире не найдется такой матери, отца, брата или сестры, которые бы не сожалели о некоторых своих прошлых поступках по отношению к другим членам своей семьи. Все мы, увы, не совершенны, и не удивительно, что иногда мы говорим и действуем импульсивно, под влиянием ревности, злости, усталости или из самолюбования. К счастью, наша психика имеет способность к самовосстановлению, она умеет амортизировать отдельные удары так, чтобы они наносили ей как можно меньше вреда. Не люди являются причиной шизофрении, они просто возлагают вину за нее друг на друга.

Не только близкие больного перекладывают друг на друга ответственность, но и сам он иногда может выдвигать против них подобные обвинения. Сын Джеймса Векслера однажды повернулся к отцу и произнес: «Знаешь, папа, я таким не родился». А Луиза Вильсон вспоминает о следующем разговоре со своим сыном:

> — Я как-то прочел одну книгу, — сказал Тони. — Это было в одном книжном магазине. Я остановился и прочел ее от корки до корки.
>
> Мы ждали, обеспокоенные серьезностью его тона.
>
> — Там говорилось, какими должны быть настоящие родители. Там было написано, что люди становятся... такими, как я... потому что у них были плохие родители.
>
> — Ох, Тони, — начала я, но Джек знаком руки приказал мне замолчать.
>
> — Я такое ничтожество, потому что вы два тоже ничтожны. Вы больны, и вам нельзя было заводить ребенка.

— И чем же мы больны? — спокойно спросил Джек.
— Вы никогда не играли со мной в мяч. Все, на что вы были способны, так это гулять, глазея на птичек, и читать. Или работать в этой чертовой больнице.
— Ладно, может, для тебя было бы и веселее, если бы я был спортсменом. Это я могу понять. Но я все-таки не понимаю, почему это делает меня таким ужасным отцом?
— Прочти эту книгу! — воскликнул Тони.
— Тони, в книгах много чего написано, там бывает много всякой ерунды и даже чистой лжи. Кроме того, я уверен, что эта книга...
— Слушай, ведь даже приходивший сюда врач с этим согласился! *Он сказал, что такими, как я, не рождаются!*

Подобные обвинения во много раз усиливают и без того страшную трагедию шизофрении. Сама по себе шизофрения — это хроническое заболевание головного мозга, и с подобным обрушившимся на семью бедствием вполне можно совладать. Но когда в дополнение к бремени самого заболевания родственники начинают валить вину друг на друга, эта болезнь пускает свои корни во все трещинки семейной жизни и превращает ее в ад. Можно понять, что боль от таких обвинений огромна. Одна женщина написала мне:

У меня двенадцать лет назад умерла мама, доведенная до могилы болезнью моей сестры. Прочитав почти все книги и статьи, написанные о шизофрении, она сделала вывод, что сама во всем виновата. Отец, которому было за семьдесят, после смерти матери забрал сестру из психиатрической клиники, чтобы доказать всем, что она не больна. Прожив дома пять лет, сестра оказалась больна настолько, что ее пришлось снова поместить в больницу.

Очень немногие из психиатров и психологов задумываются над тем, сколько вреда и горя принесла теория, что возникновение шизофрении обусловлено отношениями в семье или отношением родителей к ребенку. Психиатры вообще, будучи медиками, почти никогда не считают себя способными причинить вред. Сегодня мы знаем, что это не так, и, похоже, в двадцатом веке психиатры принесли больным шизофренией больше вреда, чем пользы. Этот вред был нанесен не умышленно, и я знаю очень мало психиатров, которые действовали так сознательно. Этот вред был обусловлен господствовавшими не так давно различными психоаналитическими теориями (смотри главу 6). Один из немногих специалистов, кто открыто написал об этом, был Уильям Эпплтон, который проанализировал нежелательные

последствия, возникающие, когда вину за шизофрению возлагают на семью больного:

> Эти семьи реагируют так, что это сказывается на пациенте. Они менее настойчиво пытаются разрешить встающие перед ними и пациентом проблемы, менее склонны менять свое поведение относительно больного родственника, становятся более скрытны при расспросах и все реже появляются в клинике.

Иногда семьи с трудом избавляются от своих ощущений вины и стыда. Так может происходить, например, в тех семьях, где есть другие дети. Если родители считают себя виновными в том, что их старший ребенок заболел шизофренией, то путем изменения своего поведения по отношению к младшим, полагают они, можно, теоретически, предотвратить их заболевание. Если же, с другой стороны, они уверены, что шизофрения — это болезнь биологической природы, что доказывают все имеющиеся факты, тогда они бессильны. Ощущение вины в таких семьях дает иллюзию контроля над ситуацией. Иногда встречается и другой тип семей, которым не удается избавиться от чувства вины, — это семьи, где ощущение вины является своего рода образом жизни. Обычно здесь один или несколько членов семейства увлечены психоанализом, так что вся семья буквально упивается этим чувством, и постоянные обвинения, предъявляемые друг другу, являются основным способом общения. Как объяснила мне одна мать, в таких семьях «обвинить кого-то — это все равно что подарок сделать». Пациентам из таких семей я всегда советую проводить как можно меньше времени со своими родными, так как вместо пользы это может причинить лишь вред.

Рука об руку с чувством вины идет стыд. Если близкие верят, что они каким-либо образом причастны к заболеванию своего родственника шизофренией, то они неизбежно будут пытаться спрятать эту беду и самого больного от посторонних, отрицать факт болезни в разговорах с соседями и всяческими способами отделять себя от жертвы шизофрении. Больные все это чувствуют и ощущают себя еще в большей изоляции. Поэтому вполне типичны случаи, когда пациент настроен по отношению к своим близким враждебно, выражает свой протест тем, что специально не старается контролировать свое поведение (например, раздевается до-

гола перед тетушкой Агатой). Такие случаи заставляют семьи еще более ощущать стыд, еще более усиливают изоляцию и раздражение больного, и спираль озлобленности и стыда раскручивается все сильнее и сильнее.

Эту проблему вины и стыда может разрешить просвещение. Когда близкие начинают понимать, что это не они послужили причиной шизофрении, то их ощущения собственной вины и стыда значительно ослабевают, одновременно облегчая тем самым условия жизни больного. Следует всегда открыто обсуждать вопрос, кто виноват и что делать, причем, по возможности, в присутствии больного шизофренией. Как только вопрос вины и стыда решится, жить рядом с больным станет намного легче. Один из родителей выразил свои чувства так:

> Как только вы сбросили с себя чувство вины, возложенное на вас, причем с самыми благими намерениями, специалистами, сделать следующий шаг уже намного легче. Если вы не сделали ничего плохого, если вы старались из всех сил, то вам и нечего стыдиться. Вы можете выбраться из тупика. Чувство облегчения после этого придаст вам силы, отовсюду вы будете ощущать поддержку.

Как только уходят чувства вины и стыда, то сразу же становится легче разумно себя вести. Правильное отношение к болезни складывается из четырех составляющих: Примирения с болезнью, Логичности ожиданий, чувства Юмора и Семейного баланса (покоя), которые легко запоминаются в виде аббревиатуры ПЛЮС. Ниже мы рассмотрим их подробнее.

Примирение с болезнью

Как самому больному, так и его семье для выработки правильного отношения к шизофрении очень важно примириться с этим заболеванием. Примириться не значит поддаться, скорее это означает признание самого факта болезни, того, что она так просто не исчезнет и что заболевание накладывает некоторые ограничения на все, в том числе и на возможности больного. Это означает принятие того, что есть на самом деле, а не того, чего вам хотелось бы.

Эссо Лиит, сама страдающая от шизофрении, так описывает проблемы восприятия заболевания: «Меня преследовали несбыточные мечты о том, каким могло бы быть мое

будущее, кем я могла бы стать, что я могла бы совершить», Однако, как только человек начинает считаться со своей болезнью, с его плеч падает тяжеленный груз. Вот как описывает это состояние Джудит Баум:

> Наступило утро, морозное, солнечное, ясное, и я вдруг осознала, что психически больна. Это было ужасное, полное раздражения и слез время, но вместе с пониманием этого факта пришло и облегчение.

Многие пациенты и их близкие так и не научились принимать то, что с ними произошло, как данность. Год за годом они отрицают факт болезни, делая вид, что ее не существует. Если удается примириться с болезнью, то всем сразу же становится легче. Одна мать написала о реакции своей больной шизофренией дочери, когда девушка полностью осознала свой диагноз и тот факт, что именно она оказалась той, единственной из сотни людей, кого выбрала своей жертвой эта болезнь: «Ничего не поделаешь, мне не повезло, слепой жребий упал на меня. Но ведь благодаря этому кто-то другой его избежал!» Столь необычное отношение можно считать идеалом, к сожалению, почти не достижимым в действительности, так же как очень редко можно встретиться с подобной внутренней добротой и пониманией.

К несчастью, в жизни чаще мы наблюдаем злость и раздражение как у пациента, так и у его близких. Эта злость может быть адресована Богу — за то, что он создал мир, в котором существует шизофрения, Судьбе — за несчастный жребий, пациенту — за то, что тот заболел, любому другому человеку, на которого можно возложить вину за это несчастье. Иногда раздражение может выражаться просто в ворчании по поводу необходимости отмены тех или иных приятных визитов, невозможных из-за больного, а в других случаях оно может разъедать всю душу, словно серная кислота. Это раздражение не всегда выливается на окружающих. Когда оно обращено внутрь, то проявляется в виде депрессии.

Когда мне приходится встречать такие семьи, то очень хочется отправить их на месяц-другой в буддийский монастырь. Может быть, там они смогут овладеть восточным отношением к жизни, научатся принимать ее такой как она

есть, а именно это жизненно необходимо при наличии в семье больного шизофренией. Подобное примирение позволяет людям воспринимать шизофрению как одну из самых больших трагедий в жизни, но вместе с тем не дает ей постоянно наполнять горечью все их существование. Как однажды образно сказала мне мать одного пациента, «вы не можете заставить птицу скорби не витать над вашей головой, но можно сделать так, что она не будет гадить в вашу душу».

Логичность ожиданий

Очень трудно, но все-таки необходимо попытаться изменить отношение больного к своему будущему, так как оно неизбежно определяется самим фактом болезни. Это особенно трудно тогда, когда до начала болезни перед ним открывались очень хорошие перспективы. Близкие таких пациентов продолжают год за годом надеяться, что в один прекрасный день их родственник снова проснется здоровым и добьется того успеха, который был ему предопределен. Они строят великие, но невыполнимые планы, копят деньги на учебу в вузе или на грандиозную свадьбу и взаимно вводят друг друга в заблуждение словами «вот когда он поправится...». Вся проблема подобных несбыточных ожиданий состоит в том, что сам больной прекрасно понимает, что это всего лишь миф, и оказывается в безвыходной ситуации. Чтобы доставить радость семье, ему не остается ничего иного, как только выздороветь, а тут он не властен. Эта проблема отмечалась уже многими, и специалисты должны всегда предупреждать близких, что нужно снизить уровень своих ожиданий по поводу возможности полного выздоровления больного. Как только это удается, обстановка в семье сразу же становится спокойнее. Криер и Уинг пишут об этом так-

> В ходе бесед многие родственники упоминали о том, что как только у них исчезла надежда на полное выздоровление, то это парадоксальным образом помогло им зажить более счастливой жизнью. «Как только вы осознаете, — заявила мать одного больного, — что он никогда не станет таким же здоровым, как прежде, вам сразу же станет легче». В тех семьях, где удается снизить уровень ожиданий и надежд, это становится первым шагом к решению проблемы формирования правильного отношения к болезни.

Другой пациент говорил: «Нужно дойти до самой грани, пережить глубокую депрессию, чтобы с необходимостью признать реальность вашей болезни и всю огромность этой проблемы. Как только вам это удастся, вы уже не дадите волю надеждам и сможете избежать страшного разочарования, когда ваши старые надежды окажутся невыполнимыми».

Это отнюдь не означает, что близким больного шизофренией вообще нельзя ни на что надеяться. Г. Р. Лэмб, один из тех немногих психиатров, кто серьезно занимался проблемой реабилитации психически больных, говорил: «Признавать, что у пациента способности и возможности ограничены, совсем не обязательно означает, что от него нельзя ничего ожидать». Наши ожидания должны быть логичными, реалистичными, они должны соответствовать возможностям больного. Точно так же, как близкие больного полиомиелитом не могут ожидать, что его ноги станут здоровыми, так и близкие больного шизофренией не должны ожидать, что его мозг станет работать совершенно нормально. Психиатр Джон Уинг писал:

> Идеальным является формирование нейтральных (не сверхэмоциональных) ожиданий. Это трудно признать специалистам и в тысячу раз труднее — родственникам больного. Тем не менее нам должно быть стыдно, что в очень многих семьях дошли до этого своим умом, методом проб и ошибок, без всякой помощи со стороны специалистов в области психиатрии.

Снижение уровня ожиданий часто приводит к тому, что впервые за многие годы жизни вместе с больным семье и друзьям удается испытать радость и совместные переживания. Так, например, если кто-то до своего заболевания хорошо играл на флейте, он снова может начать брать ее в руки, исполняя пусть даже несложные пьесы и доставляя тем самым радость себе и близким. Это больше не воспринимается в свете когда-то радужных перспектив типа «милый, когда ты выздоровеешь, ты снова будешь давать сольные концерты». Точно так же, когда больной снова сможет впервые самостоятельно проехать на автобусе, сам сходить в магазин, покататься на велосипеде, это будет само по себе восприниматься как успех, как огромное достижение для человека с нарушенной работой головного мозга. Больному шизофренией и его близким нужно научиться

находить радость в самых незначительных достижениях, как, например, больной полиомиелитом радуется тому, что он снова учится ходить. Подобное отношение хорошо отразил Оливер Сакс в своем рассказе «Человек, путающий жену со шляпой», где речь идет о женщине по имени Ребекка. У нее поврежден головной мозг и переломаны кости, но ей все равно удается радоваться жизни:

> Она действительно представляла собой сплошное увечье... но на каком-то таком уровне, что эти увечья уже представляли собой не конкретные повреждения, а давали ощущение покоя и завершенности, ощущение всей полноты жизни, как будто бы ты — сама душа, глубокая и возвышенная, такая же, как и все вокруг... Когда Ребекка мне об этом рассказала, я понял, что мы слишком много внимания уделяли физическим увечьям наших пациентов и гораздо меньше — тому, что творилось в их душах.

Чувство юмора

На первый взгляд может показаться, что говорить о юморе рядом с шизофренией безнравственно. Какое отношение самое трагичное из известных человечеству заболеваний может иметь к юмору? И все-таки именно по причине серьезности этой болезни чувство юмора должно присутствовать обязательно. Без него семья сгорает дотла и теряются нити управления неизбежными для этой болезни подъемами и спадами. Из всех людей, которых мне приходилось видеть, наиболее успешно справляются с шизофренией именно те, кто сохранил чувство юмора и восприятие абсурда.

Что я понимаю под чувством юмора? Я ни в коем случае не имею в виду, что нужно смеяться над больным. Это скорее смех *вместе с ним.* Например, в одной семье у сына каждую осень наблюдалось обострение болезни и требовалась повторная госпитализация. Его родные каждый раз шутили, что он опять отправился в больницу вырезать тыквы[1]. Когда я посылал своей больной шизофренией сестре в клинику новое платье в подарок, она мне отвечала, что «выглядит в нем, как привидение, и поэтому его выбрасы-

1. Речь идет об обычае вырезать маски из тыквы на День всех святых, который отмечается 31 октября (*прим. перев.).*

вает». Подобные ответы часто свойственны больным, это ответы, выходящие за рамки привычных нам норм общественного поведения, и нам самим иногда очень хочется сказать что-нибудь в этом роде, но обычно мы на это не решаемся.

Посмеяться над чем-то вместе с больным шизофренией по всяческим подобным поводам — прекрасная терапия для всех, равнодушие и отсутствие чувства юмора дают обратный эффект.

Семейный баланс

Важным аспектом выработки правильного отношения к шизофрении является то, что мы называем семейным балансом, то есть способность соотносить нужды больного человека и остальных членов семьи. Семьи, которые жертвуют всем ради больного, обычно поступают так из-за того, что внутренне ощущают чувство вины за свое возможное участие в возникновении этого заболевания. Обеспечение ухода за хронически больным может иногда отнимать 24 часа в сутки, это работа, которую не оплатить никакими деньгами, а слова благодарности можно услышать очень редко. Кто же будет заботиться о том человеке, кто постоянно ухаживает за больным? Кто будет присматривать за остальными детьми? Или нуждами родителей можно иногда пренебречь? Следует спокойно и логично взвесить потребности всех членов семьи, не обязательно ставя на первое место больного шизофренией. Иногда может оказаться необходимым ради блага остальных близких время от времени его госпитализировать. Хорошо понимающие семейные проблемы специалисты учитывают наличие подобных проблем и идут навстречу семье в принятии таких решений.

Как можно уменьшить число обострений заболевания?

Над больными и членами их семей постоянно довлеет угроза обострения шизофрении. Любое незначительное измене-

ние в типичном поведении пациента рассматривается как подозрительный сигнал. Этот вопрос постоянно витает в воздухе, часто он безмолвно присутствует в осторожных взглядах: «Неужели это начало очередного приступа? Может, ему (ей, мне) надо увеличить дозу или принять какое-либо другое лекарство? Надо ли мне что-то сказать?»

Каких бы аспектов шизофрении мы ни касались, чем лучше информированы сами больные и их близкие, тем правильнее они могут себя вести. Одно из лучших исследований, посвященных проблеме обострений при шизофрении, было осуществлено Марвином Герцем и Чарльзом Мелвиллом, которые опросили 145 пациентов и 80 их родственников. Были выделены следующие наиболее часто проявляющиеся симптомы и признаки обострений:

Ответы пациентов	*Процент*
Напряженность и нервозность	80
Потеря аппетита	72
Неспособность к концентрации	70
Ухудшение сна	67
Все доставляет меньше радости	65
Неусидчивость	63
Неспособность что-либо запомнить	63
Депрессия	61
Повышенная увлеченность чем-то одним	60
Уменьшение контактов с друзьями	60
Приступы смеха при разговоре о тебе	60

Ответы членов семьи больного	*Процент*
Внутренняя напряженность и нервозность	83
Неусидчивость	79
Неспособность к концентрации	76
Депрессия	76
Бессмысленная речь	76
Потеря интереса к окружающему	76
Ухудшение сна	69
Все доставляет меньше радости	68
Повышенная увлеченность чем-то одним	65
Неспособность что-либо запомнить	60
Слуховые и зрительные галлюцинации	60

Самое примечательное в приведенном примере — это сходство симптомов и признаков, о которых говорили сами больные и их близкие. Позднее Герц сделал вывод, что «чрезвычайно важно просвещать как самих пациентов, так и их близких» относительно симптомов возможного обострения болезни и что «роль семьи в лечении шизофрении чрезвычайно важна».

Во многих случаях по мере накопления опыта пациенты и их семьи учатся замечать предшествующие обострению **симптомы и** признаки. Одна женщина с частыми обострениями шизофрении так описывала мне то, на что она обращала внимание в первую очередь: «Главным показателем для меня была быстрая раздражаемость, я начинала быстро выходить из себя. Когда я была на улице, что бы я ни видела, все казалось мне знакомым, хотя я и не знала, что именно это мне напоминает». Другая женщина рассказывала, что ее обострение состояло как бы из четырех этапов:

> Сначала я сама себе начинала казаться какой-то странной. Глаза воспринимали окружающее более ярко, все принимало более резкие очертания, а голос казался словно эхом. Мне становилось как-то не по себе среди людей, и одновременно от своих изменившихся ощущений я чувствовала внутреннее неудобство.
>
> На втором этапе все начинало казаться каким-то затуманенным. Эта «дымка» усиливалась по мере роста моего страха и смущения, особенно из-за страха, что окружающие узнают о моем состоянии. Я пытаюсь найти логические объяснения происходящего и управлять собственными поступками, начинаю предпринимать лихорадочные усилия по внесению порядка во все: уборку, раскладывание всего по своим местам — повышается занятость собой. Песни, передаваемые по радио, начинают иметь какой-то скрытый смысл; смотрящие на меня люди кажутся мне странными и смеющимися надо мной, посылающими мне какие-то странные сигналы, смысл которых мне уловить не удается. Я начинаю неправильно интерпретировать отношение окружающих ко мне, что еще больше усиливает страх потерять над собой контроль.
>
> На третьем этапе мне кажется, что я начинаю понимать, почему со мной случаются всякие ужасные вещи: всему виной окружающие меня люди. Это ощущение приходит вместе с постепенным спаданием этой «дымки», с возрастанием громкости посторонних звуков и усилением чувствительности к обращенным на меня взглядам других. Я начинаю полемизировать сама с собой: «Кто вызывает все это — ФБР или сам дьявол?.. Нет, так думать могут только сумасшедшие. И почему люди делают из меня идиотку?»

На четвертом и последнем этапе мною овладевает хаос, я верю всему, что со мной происходит. Я больше не ставлю под вопрос происходящее в моей голове, а действую согласно ему.

У каждого больного шизофренией есть свои собственные симптомы и признаки, предшествующие обострению, причем они повторяются от приступа к приступу. В частности, мне лично одним из наиболее показательных признаков представляется нарушение сна, и поэтому я часто спрашиваю своих пациентов именно об этом.

Как можно уменьшить число обострений заболевания? Во-первых, каждый пациент должен вести свой собственный учет, составить список подобных симптомов и ознакомить с ним своих близких и друзей.

Во-вторых, пациенты должны уметь определять те факторы, которые усиливают ту или иную симптоматику обострений (например, стресс от общения), и при необходимости их избегать. Например, когда все идет хорошо, можно пойти на свадьбу друга, но если есть подозрение, что начинается ранняя стадия обострения, быть может, лучше ограничиться поздравлением по телефону. Для уменьшения возможности стрессов пациент может проводить больше времени в одиночестве, сократить рабочее время, интенсивно заниматься физическими упражнениями — так поступают многие больные шизофренией.

В-третьих, всегда следует иметь в виду, что наиболее частой причиной обострения является недостаточный прием лекарственных препаратов. Это может происходить из-за полного прекращения приема лекарств или из-за того, что врач уменьшил дозировку, или просто оттого, что на данной стадии заболевания пациенту требуется повышенная доза лекарства. Своевременное усиление медикаментозного лечения во многих случаях сводит на нет начинающееся обострение и возвращает больного в его обычное состояние. Именно поэтому я часто даю своим пациентам некоторый запас лекарственных препаратов и разрешаю им иногда самостоятельно увеличивать их дозу, если они ощущают в этом необходимость. Так часто поступают врачи при лечении диабета, зная, что в некоторые дни больным может требоваться большая доза инсулина, чем обычно, а иногда — меньшая. Мне кажется, что подобный подход вполне может оправдать себя и при шизофрении.

И, наконец, всегда помните, что подъемы и спады у больного могут возникать без всякой видимой причины — так же как при рассеянном склерозе или болезни Паркинсона — и что у многих пациентов обострения могут наступать чисто случайно, независимо от того, насколько активно они пытаются их избежать. Это часть самого процесса заболевания, и с этим нужно считаться. Так что для большинства больных шизофренией число обострений может быть сокращено, но устранить их вообще на сегодняшний день невозможно.

Как больной шизофренией может бороться со своим заболеванием?

Для больного шизофренией вопрос о том, как ему жить, как преодолеть свое заболевание, является вопросом первостепенной важности. В последние годы самими больными и специалистами по психическим заболеваниям были выработаны некоторые рекомендации, которые могут облегчить жизнь таких больных.

Большинству больных шизофренией становится легче, если их жизнь течет стабильно, подчиняется какому-то определенному распорядку дня. Это позволяет им избегать стрессов и сводить неожиданности к минимуму. Уже известная нам Эссо Лиит пишет: «Для меня, вероятно, упорядоченность окружающего так важна потому, что мой мозг не всегда управляем. Составление списка необходимых дел позволяет мне организовать мои мысли».

У большинства больных шизофренией в этом отношении выработались уже свои собственные правила. К ним относится, например, умение замечать стрессообразующие факторы и бороться с ними. Эссо Лиит свой способ подразделяет на четыре стадии: «Понимание, что ситуация является стрессовой для меня; выделение стрессообразующего фактора; определение, какие действия в прошлом помогли мне в подобной ситуации, и выполнение аналогичных действий». При этом может оказаться полезным всегда носить с собой специальную памятку, где написано, что в какой ситуации делать.

В общие рекомендации по преодолению шизофрении входят занятия физическими упражнениями, правильное питание, занятие любимым делом (хобби). В каждом конкретном случае может применяться разная стратегия. Некоторые больные со слуховыми галлюцинациями, например, для уменьшения интенсивности «голосов» могут использовать наушники, иногда соединенные с карманным радиоприемником или плейером. Эссо Лиит борется со своим параноидным бредом тем, что всегда выбирает «место, где я могу сидеть лицом к двери, по возможности спиной к стене, так, чтобы за моей спиной никого не было», а также «задавая окружающим меня людям прямые вопросы — куда они звонят, куда идут и так далее».

Д-р Фредерик Фриз, психолог, будучи госпитализированным по причине приступов параноидной шизофрении, сравнивал состояние больного шизофренией с пребыванием в чужой стране, где вы не знаете ни языка, ни обычаев, ни образа мышления. Поэтому, чтобы лучше понять, чем отличаются здоровые люди от больных шизофренией, он предложил изучать этих, как он их назвал, «хронически здоровых людей» (ХЗЛ). По его словам, ХЗЛ во время разговора обычно смотрят прямо на собеседника, но «нас отвлечь гораздо легче, и стоит нам во время разговора взглянуть на собеседника, то мы сразу же обращаем внимание на его выражение лица, и это отвлекает нас от того, что мы собираемся сказать». Доктор Фриз выработал много практических рекомендаций, например, «не разговаривайте с вашими „голосами", когда ХЗЛ могут вас видеть или слышать, так как это причиняет им сильные неудобства».

Одним из самых полезных мероприятий в деле преодоления шизофрении является организация так называемых групп самопомощи и участие в их работе. Называют их по-разному, например: «Выздоровление Инкорпорейтед», «Анонимные шизофреники», «Проект „Участие"», «Поможем сами себе», «Долой психоз» и так далее. Все подобные организации оказывают поддержку больным, занимаются их просвещением и предоставляют страдающему шизофренией человеку убежище, где, по словам одного из членов такого общества, «он может быть самим собой». Многие организации занимаются также защитой прав больных и

борются за улучшение условий их жизни, например за снижение квартирной платы для больных психическими заболеваниями. Все большее число больных вступают в Национальный союз помощи душевнобольным (НСПД), президентом Совета директоров которого в 1990 году был избран тоже больной — Томас Пози. Многие пациенты вступают в различные общественные организации больных на уровне отдельных штатов и в Национальную ассоциацию психически больных (НАПБ).

Эти объединения не стоит путать с небольшими группками «бывших узников психиатрии», как они сами себя называют, яростно настроенных против психиатрии вообще и недобровольной госпитализации в частности. Эти антипсихиатрические организации отрицают тот очевидный факт, что шизофрения является заболеванием головного мозга, разделяя позиции Шаша и Лэинга (смотри главу б). В последнее время во главе этих групп стал «гуру» д-р Питер Бреггин, психиатр, заявляющий, что «огромную помощь) психиатрии оказывают реформистски настроенные представители Сайентологической церкви». В отношении этого человека в 1987 году медицинским жюри штата проводилось расследование на основании «жалоб в профессиональной несостоятельности». Хотя в действительности число настроенных против психиатрии бывших пациентов очень мало, шуму от них непропорционально много, в частности из-за того, что они получают финансовую поддержку от Национального института психического здоровья (НИПЗ). Как ни странно, это федеральное учреждение, которое несет ответственность за исследования в области шизофрении, в то же время является главным спонсором антипсихиатрической истерии.

Одним из наиболее впечатляющих достижений последнего времени стало повышение роли больных шизофренией в осуществлении ухода за другими пациентами и обслуживании их. Во многих регионах для психически больных были организованы специализированные консультационные центры. В Сан-Франциско, например, некоторые больные проходят специальную подготовку и становятся «старшими наставниками» в «наблюдательных палатах». В калифорнийском округе Сан-Матео такие «наставники» из пациен-

тов проходят подготовку и занимают оплачиваемые должности консультантов (по вопросам СПИДа и другим аспектам помощи душевнобольным), помогая тем самым переходу больных из клиник к самостоятельному проживаний. В Денвере пациенты с 1986 года проходят шестимесячную подготовку в качестве помощников лечащих врачей (типа упоминавшихся в главе 8 «руководителей лечебного процесса») и играют все большую роль в работе Окружного центра психического здоровья. Аналогичная работа проводится в штатах Техас, Вашингтон и Массачусетс, и в будущем участие пациентов в подобных программах может стать одним из самых многообещающих направлений реабилитации.

Как близким больного бороться с его болезнью? Помимо проблем, затронутых в главе 9, родственники больных шизофренией сталкиваются с огромным количеством чисто житейских вопросов. Близким этих больных, особенно их матерям, часто приходится поневоле становиться помощниками врачей, психотерапевтами, медсестрами, домоправителями, поварами, швейцарами, банкирами, надзирателями и самыми близкими друзьями пациента. С таким огромным количеством проблем семьи больных столкнулись относительно недавно, так как до 60-х годов большинство психически больных, по крайней мере периодически, находились в клиниках.

Одним из наиболее часто задаваемых является вопрос, как следует близким вести себя по отношению к больному Как правило, лучше всего ведет себя по отношению к больному тот, кто держится с ним наиболее естественно. В этом можно убедиться, если понаблюдать за младшим медицинским персоналом в психиатрической клинике. Наиболее высоко ценимые и врачами, и пациентами медсестры относятся к больным уважительно, видя в них людей, имеющих чувство собственного достоинства, пусть и с заболеванием головного мозга. Меньше же всего ценят тех, кто ведет себя с пациентом пренебрежительно, свысока, постоянно напоминает больным об их состоянии. Часто это происходит пото-

му, что такие работники не понимают шизофрению и боятся ее. Поэтому проще всего ответить на поставленный выше вопрос словами: будьте доброжелательными.

Конечно, в шизофрении как болезни есть некоторые стороны, которые могут не лучшим образом влиять на поведение окружающих по отношению к больному. Эти трудности непосредственно и предсказуемо вытекают из особенностей данного заболевания и его симптоматики (смотри главу 2). У больных шизофренией имеются серьезные проблемы с обработкой всех видов внешних ощущений, особенно когда одновременно обрабатываются сигналы двух и более видов. Если постоянно иметь это в виду, то определить, как именно надо вести себя с пациентом, становится намного легче.

Например, общайтесь с больным краткими фразами, ясно и недвусмысленно. Один из близких больного объяснял: «Смотрите на него. Говорите простыми, понятными предложениями... Старайтесь, чтобы все было ясно и практично... так, чтобы в каждый отдельный момент решение было однозначно».

Одна мать так описывала общение со своим больным шизофренией сыном:

> Казалось, что сыну трудно воспринимать любые раздражители. Реагировал на них он замедленно, говоря, что ему «трудно воспринимать все, поступающее извне». В такие моменты для меня было важно говорить с ним медленно, короткими предложениями. Пока он не отреагирует на одно, нельзя было переходить к другому. Очень важно было избежать чрезмерной сложности. Еще труднее ему было воспринимать сказанное, если фраза имела сильную эмоциональную окраску. Как бы я ни спешила, ускорить его реакцию, было нельзя. Здесь абсолютно необходимо терпение.
>
> В конце концов я научилась не вступать с ним в споры. Когда он находился в состоянии обострения психоза, можно было очень легко затеять с ним бесконечную перепалку. Переубедить его часто не удавалось, и я не знала, как выпутаться из такого положения. Я научилась тщательно обдумывать заранее, что именно нужно сделать, как я буду управлять ситуацией, и не реагировать на возражения с его стороны. Например, я могла спокойно и твердо сказать: «Ты должен быть готовым к восьми утра», после чего выжидающе стояла, подавала пальто и отворяла дверь.
>
> Иногда, может, бывает даже лучше оставить записку или позвонить по телефону, чем общаться лицом к лицу — не знаю почему, но мое присутствие, кажется, переполняло его внешними раздражителями.

Спрашивайте больного шизофренией всегда только о чем-то одном. Здоровому человеку фраза «Ты хорошо провел время, милый? Кто с тобой ездил?» может показаться самым простым вопросом, состоящим из двух взаимосвязанных частей, но для больного шизофренией ответ на такой вопрос часто оказывается непосильным.

Попытки убедить страдающих шизофренией людей в несостоятельности их бредовых идей часто могут привести к обратному эффекту. Подобные попытки часто кончаются непониманием и раздражением. Джон Уинг писал:

> У пациентов иногда может возникать внезапное, ничем объективно не обоснованное ощущение страха. Они могут, например, бояться какой-то конкретной комнаты, даже объяснить близким, почему: «В эту комнату поступает ядовитый газ» или «Там под кроватью змеи». Сначала родственников все это озадачивает, некоторые из них говорили, что нежелание больного признать всю бредовость подобных мыслей, несмотря на предпринимаемые в этом направлении усилия, выводило их из себя. Однако они на личном опыте убедились, что если настаивать на своем', то больной только еще больше уверится в своей правоте, и эта бредовая идея овладеет им еще сильнее.

Вместо того чтобы спорить с больным, лучше просто выразить свое с ним несогласие. Это можно сделать так, чтобы не провоцировать его, чтобы ваше несогласие не звучало своего рода вызовом. Поэтому в ответ на утверждение, что «там под кроватью змеи», лучше ответить примерно так: «Я знаю, ты убежден, что там змеи, но я ни одной из них не видел и очень сомневаюсь, что они там есть», а не безапелляционно заявлять: «Никаких змей там нет». У больного есть какие-то основания считать, что змеи есть, может, он что-то услышал или даже увидел. Родственникам больного шизофренией часто бывает полезно признавать некоторую обоснованность его интерпретации личного опыта. В этом случае иногда можно сказать: «Я знаю, у тебя есть какие-то причины считать, что там есть змеи, но мне кажется, что это вызвано твоей болезнью, неправильной работой твоего мозга».

Близкие и друзья больного часто пытаются относиться к бреду пациентов с сарказмом, высмеивая его. В этом случае реакция на высказывание больного о змеях могла быть примерно такой: «Конечно, я тоже их видела. А удава в

кухне ты не заметил?» Такие замечания никогда ни к чему хорошему не приводят и часто путают больного еще больше. Они усиливают его бредовые мысли и затрудняют попытки отделить бред от реальности. Один пациент, убежденный, что в его горле застряла крыса, попросил врача что-то с этим сделать и получил в ответ сардоническое: «Она слишком глубоко, мне ее не достать!» Когда больному стало лучше, он вспоминал: «Мне было бы гораздо легче, если бы врач ясно сказал, что он не верит в крысу в моем горле». Этому совету и нужно следовать.

Можно также посоветовать больному выражать свои бредовые идеи только дома. Разговоры о «змеях под кроватью» дома в окружении близких и друзей — это одно, а если то же самое произнести в переполненном лифте или в магазине — совсем другое. Открыто и доброжелательно обсудите этот вопрос с больным, и тогда ваши усилия принесут свои плоды. Крир и Уинг писали об этом так: «Можно попытаться ограничить воздействие таких бредовых идей на окружающих пациента людей. Очень многие пациенты вполне в состоянии это понять и ограничить проявления своего неадекватного поведения (разговоров самих с собой, рассказов о своих бредовых идеях) домашней обстановкой».

Затруднения в общении с больными шизофренией часто вызываются их неспособностью к нормальному диалогу.

> Один пациент каждый вечер возвращался из дневного стационара, молча съедал приготовленный тетей ужин и отправлялся к себе в комнату... Тете, пожилой и одинокой женщине, очень хотелось вечером с кем-нибудь поговорить. Почти полное отсутствие общения с племянником ставило ее в тупик.

Такие пациенты часто осознают и понимают то, о чем говорят вокруг, но они не способны принять участие в беседе.

> Пока его близкие обсуждали семейные дела, этот юноша постоянно сидел в полном молчании или что-то бормотал себе под нос. Позже они узнали, что он спокойно обсуждал эти разговоры с медсестрой в клинике, прекрасно воспринимая все сказанное, несмотря на кажущееся свое невнимание.

Многим таким пациентам нравится находиться в окружении людей, но они не любят вступать с ними в непосредственный контакт.

Одна дама была страшно удивлена, узнав от приятельницы, что ее больной шизофренией племянник любит заходить к ней в гости. «Никогда бы не подумала, — сказала она. — Ведь когда он приходит, он просто сидит в кресле не говоря ни слова».

С аналогичной проблемой сталкиваются близкие, когда пытаются вступить с больным в эмоциональный контакт. Затруднения, как правило, вызываются тем, что пациент с большим трудом может выражать эмоции. Часто больной общается очень холодно и отстранение даже с самыми близкими ему людьми. Такая эмоциональная глухота среди больных шизофренией широко распространена, и с ней нужно считаться. Какой бы эта холодность ни была, не надо воспринимать ее как относящуюся лично к вам. Пациенту бывает легче выразить свои эмоции по отношению к животному, так что иногда имеет смысл завести дома кошку или собаку.

Еще одной типичной проблемой для близких больного является вопрос, как себя вести, когда тот находится в состоянии «ухода в себя». Здесь очень важно признать необходимость для многих больных такого «ухода». Одна мать написала мне, что иногда, когда они с ее больной дочерью готовили на кухне, болтая между собой, та могла внезапно повернуться и сказать: «Мама, выйди, пожалуйста, дай мне побыть в моем мирке». Иногда желание такого «ухода в себя» может не выражаться вслух. У меня как-то был пациент, который иногда неделями не выходил из своей комнаты, отправляясь поесть лишь по ночам.

Что же делать в моменты такого «ухода»? Нужно ли настаивать, чтобы больной выходил из спальни и принимал участие в общении, или стоит оставить его в покое? Ответ, как правило, один — нужно оставить человека наедине с самим собой. Если подобный «уход» проявляется в каких-то обостренных формах или длится дольше обычного, он может стать предвестником иных симптомов рецидива заболевания и потребовать оценки со стороны лечащего психиатра. Однако в большинстве случаев такой «уход в себя» является просто одним из способов разобраться с царящим в голове больного хаосом, так что его можно считать вполне нормальной поведенческой реакцией. Близким пациента нужно научиться воспринимать такие «уходы» не как личное неприятие, а как естественную потребность больного

человека, и вести себя соответствующим образом. Полезный совет дает одна мать: «Когда нашему сыну было особенно плохо, лучше всего ему помогало то, что мы не пытались вмешиваться в его внутренний мир, не предпринимали слишком настойчивых попыток вытащить его оттуда. Однако мы всегда были готовы прийти ему на помощь, когда ему требовалась наша поддержка, когда он пытался с нами заговорить».

В различных ситуациях, связанных с социальными контактами, важно не ожидать от больного слишком многого. Помните, что у него могут быть проблемы с восприятием и обработкой поступающих в мозг внешних раздражителей, не всегда он может понять, что ему говорят и чего от него ожидают. Попробуйте сократить до минимума количество проходящих в вашем доме мероприятий и участвующих в них гостей — так вы ослабите давление на больного шизофренией. Часто пациенты могут выдержать одного гостя, но несколько человек для них уже слишком много. Точно так же не стоит брать больного с собой в гости, если предполагается, что будет много людей, — это может стать непосильной нагрузкой на его психику.

Попробуйте так проводить свой досуг, чтобы он доставлял удовольствие всем. Наиболее полезен отдых, при котором имеется один (или доминирующий) внешний раздражитель. Так, например, больным шизофренией, как правило, нравится смотреть по телевизору мультфильмы, «Клуб путешественников» и другие видовые программы, а понять сюжетные фильмы они часто оказываются не в состоянии. Из спортивных репортажей бокс воспринимается легче, чем бейсбол или футбол. Из зрелищ лучше всего воспринимаются больными цирк или балет на льду, тогда как драматический спектакль часто не воспринимается вообще. Конечно, в этом отношении все пациенты между собой разнятся, поэтому нужно попробовать самые неожиданные варианты. Совсем не обязательно то, что нравилось человеку до болезни, будет ему в радость и во время заболевания.

Многие семьи часто попадаются в своеобразную ловушку, которая так и называется — «ловушка болезни». Заключается эта ошибка в том, что люди считают, будто все, *абсолютно все* проявления нежелательного или неадекват-

ного поведения больного вызваны его заболеванием. При этом буквально любое упущение, например, то, что тот не убрал за собой грязные носки или не навернул колпачок на тюбик с зубной пастой, списывается на шизофрению. Никогда не следует забывать, что недостатки свойственны любому нормальному здоровому человеку, что в человеческом обществе абсолютное совершенство не достижимо. Поэтому сопротивляйтесь желанию списать все ошибки больного на шизофрению, спросите, например, себя, какие промахи совершили вы сами на прошлой неделе. В то же время не забывайте, что у больного могут быть плохие и хорошие дни, точно так же, как это бывает и со здоровыми людьми. «Плохой» день может и даже должен случиться у каждого — так уж протекают нейрофизиологические процессы в нашем организме. Допускать, что «плохие» дни являются привилегией только больных шизофренией, — значит впадать в широко распространенное заблуждение.

Кроме всего прочего, нужно настроить себя так,, чтобы вас ничто не могло застать врасплох. Вы должны распространять вокруг себя атмосферу спокойствия и уверенности, что можете справиться с любой проблемой, с любой идеей вашего больного родственника, какой бы странной она ни была. Если однажды утром слуховые галлюцинации у него усиливаются, примите это как факт, так, как если бы вы стали свидетелем обострения артрита: «Жаль, что сегодня тебя больше беспокоят эти „голоса"». Один из родителей пациента говорил: «Самым памятным уроком, касающимся ухода за больным шизофренией в домашних условиях, для меня стало то, что нужно всегда стараться сохранять спокойствие. Эти вспышки и бред вызываются не мной, и если я уверен в себе, моя уверенность передается и сыну. В глубине души мне может быть как угодно тяжко, но внешне я ничего не должен проявлять, я должен контролировать свое поведение».

Когда больной живет в семье, важно обеспечить ему две вещи — возможность уединения и четкий распорядок дня. Больному шизофренией нужна своя отдельная комната, какое-то спокойное тихое место, где ему можно было бы уединиться. Эта проблема в разных семьях решается по-разному, вплоть до установки во дворе старого трейлера. Так

же помогает больному и четко установленный распорядок дня. Мать одного пациента рассказывала:

> Я обнаружила, что в самые трудные дни чрезвычайно полезным оказался четкий распорядок. Каждый день в назначенное время происходили обычные события, но, вместе с тем, каждый день был другим, и это правило по возможности соблюдалось. Похоже, что это давало ему определенный ритм, такая жизнь была предсказуемой и вместе с тем давала ощущение хода времени.

Даже тогда, когда удается установить такой порядок, имейте в виду, что больной иногда может без видимой причины его нарушить. Это особенно часто проявляется в порядке приема пищи и отхода ко сну. Отец жаловался на сына: «Жена так старалась, приготовила такую вкуснятину, а он отказался есть! Вдруг через два часа ему, видите ли, захотелось!» Прекрасное решение подобных проблем было предложено одной матерью:

> Еще одно предложение по уходу за больными шизофренией касается их часто возникающего и неожиданного ощущения голода. В случае моего сына, например, нужно было всегда иметь наготове какой-нибудь «перекус». Я привыкла, чтобы в холодильнике у меня всегда были йогурт, сыр, холодное мясо и так далее, на столе — фрукты, на полках — полуфабрикаты, из которых можно что-нибудь быстро приготовить. Иногда это бывает даже важнее, чем четко установленный распорядок дня, хотя и регулярное трехразовое питание тоже помогает. Совсем не обязательно придерживаться назначенного заранее времени. На случай, если Джиму в обед есть не захочется, а в четыре часа придет в голову идея о бифштексе, я просто оставляю его порцию и потом ее разогреваю.

При наличии в доме больного шизофренией — независимо от того, живет он там постоянно или лишь иногда приходит в гости — важно иметь в виду следующее: необходимо четко определить те рамки, за пределы которых он выходить не имеет права. Например, если человек не моется несколько недель подряд, то это сказывается на всех членах семьи. Никогда нельзя мириться с агрессивным или опасным поведением (например, курение в постели), об этом надо заявлять со всей серьезностью и недвусмысленностью и требовать неукоснительного соблюдения установленных правил. Возможные последствия от их нарушения также следует заранее обговорить четко и ясно, причем, если необходимо, действовать нужно незамедлительно.

Еще одна проблема, стоящая перед семьями с больным шизофренией, — это вопрос, сколько независимости и самостоятельности можно предоставлять такому пациенту. Эта проблема очень похожа на ту, что приходится решать семьям с подрастающими детьми. Как правило, больным можно предоставлять такую степень самостоятельности, с какой они в состоянии справиться, причем лучше всего увеличивать ее постепенно, шаг за шагом. Например, больному, который считает, что он может один отправиться вечером на концерт, надо предоставить возможность доказать, что он на это способен. Можно предложить для начала проверить, сумеет ли он регулярно ходить в магазин или самостоятельно посещать дневной стационар, не покупая при этом по пути наркотики и не попадая в неприятные ситуации из-за своего неправильного поведения. Я знаю многие семьи, где поначалу во время таких попыток самостоятельных действий тайком следили за своими больными родственниками — не дай Бог, с теми что-нибудь произойдет. Когда пациент требует большей самостоятельности, семья должна поставить перед ним определенные условия, выполнение которых должно послужить основой для предоставления больному большей независимости. Например, пациенту, который хочет возвращаться из дневного стационара самостоятельно, можно пообещать, что так и будет, когда он докажет, что знает маршруты автобусов и в течение двух недель не будет, уходя, забывать запирать входные двери на ключ.

Больной шизофренией может доказать свою способность к самостоятельности и выполнением определенных домашних обязанностей. Уборка, мытье посуды, вынос мусора, кормление собаки, прополка грядок — любую из этих работ можно поручить больному. Близкие часто боятся что-либо ему доверять, опасаясь возможного стресса и его влияния на усиление симптоматики заболевания. Ленивые сами по себе пациенты могут использовать эту боязнь в своих интересах, симулируя при необходимости обострение своих симптомов. Одна мать так описывает свое отчаяние, неизбежное в этой ситуации: «Только представьте себе, как раздражает, когда у вас домашней работы по горло, а он сидит, на вид совершенно здоровый молодой оболтус, сидит и абсолютно ничего не делает!» Привлечение к выполнению

домашних обязанностей никоим образом не ухудшает состояние пациента, напротив, оно широко практикуется в различных реабилитационных программах. Посильная работа способствует повышению самооценки больного и в то же время является для него наилучшим способом добиться большей независимости. Мне приходилось наблюдать больных с очень сильными психозами, которые прекрасно справлялись с работой по дому, причем после ее выполнения они чувствовали себя гораздо лучше.

Возможно, наиболее трудной задачей для семьи является проблема финансового контроля за больным шизофренией. Многие пациенты прекрасно знают, что часть средств из пособий предназначена специально для удовлетворения их личных нужд, и полагают, что имеют право тратить их по своему собственному разумению. Им следует напомнить, что их личная доля должна покрывать затраты на самое необходимое, на одежду, например, а не только на такие вещи, как сигареты и лимонад.

Иногда больные шизофренией могут вполне ответственно распоряжаться своими деньгами. Лично я знаю одну очень тяжелобольную, страдающую острым бредом преследования женщину, которая тем не менее каждый месяц посещает банк и внимательно знакомится с состоянием своего счета. Нетрудно догадаться, что со своими врачами и медсестрами она не делится сведениями о том, сколько у нее денег. Однако более типичны случаи, когда больной абсолютно не в состоянии контролировать свои траты, многие пациенты вообще готовы раздать все свои деньги первым встречным. Имея дело с такими больными, стоит попытаться увязать возможность предоставления им некоторой финансовой самостоятельности с другими аспектами их поведения. Так, например, если больной испытывает проблемы с уходом за собой, то можно пообещать ему увеличить сумму карманных расходов, как только тот начнет хотя бы принимать душ без напоминания. Аналогичным образом может поощряться и успешное выполнение домашних обязанностей.

Вопросы самостоятельности и денежных трат вызывают столько проблем еще и потому, что семья часто не в состоянии своевременно распознать признаки улучшения у своего больного родственника. Когда в доме живет психически

больной человек, не способный иногда даже одеться самостоятельно, то бывает очень трудно поверить в то, что недели через две он уже в принципе сможет самостоятельно ездить на автобусе и разумно тратить свои деньги.

Проблема ЭЭ — эмоциональной экспрессии

В последнее время одной из форм просвещения семей больных, получившей широкую рекламу, стал контроль за проявлением так называемой эмоциональной экспрессии (ЭЭ). Зародилась эта форма в Англии, где было замечено, что у некоторых пациентов по возвращении из психиатрической клиники домой наблюдается обострение заболевания. Следствием этих наблюдений стала серия исследований, направленных на выяснение специфических характеристик, свойственных таким семьям, которые, как считалось, и служили причиной обострения шизофрении. К числу выявленных характеристик были отнесены повышенная критичность по отношению к другим, враждебность, слишком большое внимание к больному шизофренией члену семьи, чрезмерное вмешательство в его внутренний мир, а также повышенная эмоциональная экспрессия. В семьях с высокой ЭЭ мать обычно говорит сыну примерно так: «Джон, ты выглядишь таким грязнулей, что на тебя противно смотреть. Почему ты не переоденешься? Не зли меня!» И наоборот, в семьях с низкой ЭЭ мать говорит: «Джон, тебе бы лучше переодеться в чистое».

Из исследований семей с высокой ЭЭ следует, что семьям с такими характеристиками нужно научиться быть менее критичными, меньше вмешиваться не в свои дела и так далее, и тогда количество обострений у больных шизофренией значительно сократится. По словам одного из приверженцев этого направления, количество обострений заболевания может быть уменьшено «путем обучения пациентов и членов их семей наилучшим методам борьбы со стрессообразующими факторами, а также посредством изменения отношения глав семейства к другим членам семьи — в на правлении оказания большей поддержки, уменьшения бесплодной критики и эмоциональности».

На первый взгляд может показаться, что подобные исследования ЭЭ довольно убедительно обоснованы, однако при более близком знакомстве с сутью дела мне лично хочется выразить некоторые эмоции, которые кратко сводятся к следующему.

Удивление

Учитывая то, что нам известно о трудностях больных шизофренией в области обработки поступающих внешних сигналов (смотри главу 2), было бы весьма странно узнать, что на них никак не сказывается явно выражаемая критическая настроенность, враждебность или вмешательство в их внутренний мир других членов семьи. Таким образом, главный тезис исследований в области ЭЭ является очевидным. Поэтому вызывает удивление, что к демонстрации очевидных фактов было привлечено такое большое внимание. Только в 1985 году, например, на исследования эмоциональной экспрессии НИПЗ выделил грантов на 687 тысяч долларов, а за год по этому вопросу были опубликованы четыре книги: «Выражение эмоций в семье», «Работа с семьями, где имеются душевнобольные», «Семья и шизофрения» и «Уход за больным шизофренией в семье».

Скептицизм

Учитывая силы и время, затраченные на работу с семьями с повышенной ЭЭ, на обучение их тому, как стать более терпимыми к другим, и так далее, трудно представить себе, что выводы из этих исследований всегда будут представлять лишь академический интерес. На количество обострений заболевания по-прежнему будет влиять единственный основной фактор — нежелание лечиться, и если хотя бы половину затраченной на ЭЭ энергии направить на решение проблемы отказов от лечения, то количество обострений у больных шизофренией сократилась бы гораздо значительнее. Обоснованный скептицизм относительно значимости исследований ЭЭ вызывают методологические прорехи — от знаменитого эффекта Хоторна (предмет исследования изменяется лишь от того, что его внимательно изучают) и до явной путаницы причин и следствий (например, вопроса

о том, излишнее выражение эмоций в семье приводит к обострению шизофрении или как раз обострение является причиной вспышки эмоций).

Подозрение

Хотя большинство сторонников ЭЭ, похоже, убеждены, что не семья является *причиной* возникновения шизофрении, этого нельзя сказать о них всех. Так, д-р М. Дж. Голдстейн из Калифорнийского университета, один из наиболее известных ученых в области ЭЭ, провел обследование трудных подростков, которое, по его словам, «свидетельствует, что семейные характеристики, свойственные семьям этих подростков, ассоциируются с существенным наличием шизофренических или подобных шизофрении расстройств в психике этих подростков при их вступлении в ранний подростковый возраст». Другими словами, причина шизофрении — в семье! Подобные утверждения справедливо заставляют семьи с больными шизофренией усомниться в результатах исследования ЭЭ. Может, теории ЭЭ — это лишь потомки известной теории «двойственного отношения» Грегори Бейтсона?

Какова же тогда роль ЭЭ при шизофрении? Больные шизофренией чувствуют себя лучше всего тогда, когда окружающие их люди спокойны, когда они обращаются к пациенту ясно и прямо. Выше мы уже касались проблемы правильных отношений, говоря о системе ПЛЮС (примирение с болезнью, логичность ожиданий, чувство юмора, семейный баланс), характеристики которой являются прямой противоположностью ЭЭ, так что в стремлении заложить правильные отношения в семье вам не должно быть никакого дела до всех этих ЭЭ.

Что можно сказать о семейном консультировании или «психотерапии», направленных на оказание помощи в уходе за больными шизофренией? Иногда, если семья высказывает подобное желание, это может оказаться полезным. Вместе с тем будьте осторожны, чтобы психотерапевт действительно учил вас обращаться с психически больным человеком, а не применял к вам свои психоаналитические познания, которые вызовут в вас лишь ощущения вины и стыда. Семьи с больными шизофренией нужно просвещать,

а не «лечить», нужно делать все, чтобы научить их жить рядом с больным шизофренией, с честью выходить из трудных ситуаций. То же самое относится и к семьям с больными рассеянным склерозом, полиомиелитом, сахарным диабетом, почечной недостаточностью и многими другими хронически больными.

Как влияет шизофрения на братьев, сестер, детей и супругов больных?

Хотя чаще всего рассматривают воздействие шизофрении на матерей и отцов пациентов, наличие больного в семье сказывается на всех ее членах. Братья и сестры, сыновья и дочери, мужья и жены, дяди и тети, бабушки и дедушки — все так или иначе ухаживают за больным шизофренией. Поэтому все они должны решать те проблемы, о которых говорится в этой и предыдущих главах. Есть, однако, несколько проблем, с которыми им приходится сталкиваться чаще всего.

Стыд и замешательство

Члены семьи иногда могут быть сильно раздражены поведением их больного родственника в состоянии глубокого психоза. Роксана Ланкето, у которой была больна шизофренией мать, вспоминает: «Я была убеждена, что лучше бы мне было быть сиротой. Я пыталась спрятать маму от чужих глаз и отрицать сам факт ее существования». У Кэтлин Гордон больная мать имела привычку брать с собой детей и, «усевшись с ними где-нибудь на оживленной улице, без конца считать проезжавшие мимо машины, записывая их названия». Я знал одну девушку, которая, возвращаясь после каникул в свой колледж, почти буквально споткнулась в аэропорту о свою мать, больную и бездомную, а Мэг Лайвергуд, остановившись на красный свет в Майами, совершенно случайно заметила, как ее больная шизофренией бездомная сестра бредет по улице перед машинами, но Мэг испытывала такой стыд, что даже не окликнула ее. Подобные стыд и замешательство обычно вы-

зывают одну реакцию — как можно быстрее убраться подальше из дома, где живет больной шизофренией.

Озлобление, ревность и чувство обиды

Больные шизофренией часто отнимают у семьи неоправданно много энергии и времени, оставляя другим лишь небольшую их часть. Венди Келли вспоминала, что когда ее сестра заболела шизофренией, «мы с братом вдруг почувствовали, что на нас у родителей времени уже не остается, все были полностью поглощены происходящим с сестрой». Джоди Мозэм, у которой болел шизофренией отец, рассказывает: «Было просто обидно смотреть, как мои друзья запросто беседуют со своими отцами... У меня тоже был папа, но вместе с тем его как бы и не было». Озлобление и чувство обиды могут еще более возрастать, если на больного тратится и большая часть всех семейных сбережений, например, деньги, отложенные на обучение в колледже других детей.

Депрессия и чувство вины

Когда какой-либо член семьи заболевает шизофренией, семейные узы могут разрушаться. Это тонко описывает Эми Бродофф:

> В тот день, точно так же как и задолго до него, и как много лет спустя, при мысли о моем больном брате меня не отпускали сильная боль и горе, как будто думаешь о любимом, кто навсегда нас покинул. И хотя всегда больно думать о покойном, все-таки при этом всегда есть какое-то ощущение смирения. Горевать же по поводу еще живущего — который находится рядом и который вместе с тем для вас недостижим — это что-то нереальное, это очень больно.

У членов семьи больного может иногда возникать чувство вины по поводу того, что сами-то они здоровы, а вот близкий им человек должен страдать. Это ощущение часто испытывают те, кто выжил во время катастрофы, например при крушении самолета, оно так и называется «вина выжившего». Пол Аронович описывает это ощущение, оно возникло у него, когда он сообщил больному брату, что женится.

«Прекрасно, — ответил брат. — Вот и ты женишься, а у меня никогда не было даже подружки».

Яростное стремление достичь успеха

Братья, сестры, дети больных шизофренией часто пытаются компенсировать болезнь своего родственника тем, что стремятся изо всех сил во всем достичь совершенства. Кауфман и его коллеги даже называют подобных детей «вундеркиндами», «супердетьми».

Страх заболеть

Большинство детей, братьев и сестер больных постоянно преследует страх, что у них тоже могут развиться симптомы шизофрении. Роксана Ланкето вспоминает: «Расти в доме, где мать тяжело больна, было страшно еще и потому, что я постоянно ощущала давление и беспокойство — а вдруг я стану такой же, как она? Ощущение собственного „я" формировалось по-другому, я постоянно словно проверяла, все ли со мной в порядке».

Принуждение играть несвойственную тебе роль

Шизофрения часто меняет внутрисемейные отношения, причем достаточно серьезно. Маргарет Муэрман описывала, как трудно было ей перестать ощущать себя младшей сестрой и стать старшей сестре чем-то вроде матери. Жены и мужья больного человека часто становятся больному родителями. Джоди Мозэм так описывает влияние болезни своего отца на мать: «Она вдруг осознала, что этот человек ее мечты превратился в инвалида, что она больше не жена ему, а сторож» . Кэтлин Гордон, у которой шизофренией были больны и отец, и мать, уже в четыре года «сознавала, что мне нельзя верить всему, что они велят мне делать или что делают сами», а в девять лет она была уже «настоящей главой семьи».

Для облегчения своего тяжелого бремени члены семьи могут сделать многое. Очень важно как можно больше знать о шизофрении, причем обучать нужно и самых маленьких детей, которые способны понять гораздо больше, чем думают взрослые. Очень полезны группы поддержки семей больных, включая подразделения Национального союза помощи душевнобольным, специально работающие с братьями и сестрами пациентов. Джулия Джонсон, у которой болен брат, в своей книге «Скрытые жертвы» описывает восьмиэтапный учебный курс для братьев и сестер больных. Понимание неизбежности изменения семейных ролей приходит не сразу, но оно совершенно необходимо, если учесть тот факт, что после смерти родителей остальным детям, возможно, придется взять на себя определенную ответственность за своего больного брата или сестру.

И наконец, жены и мужья, братья и сестры, сыновья и дочери вносят свой вклад в повышение качества ухода за своими больными родственниками еще и тем, что постоянно выступают за улучшение работы психиатрических служб и развитие научных исследований. В результате этих усилий многие родственники больных, не исключая и меня лично, стали заниматься серьезными научными разработками в этой области. Я знаю очень многих психиатров, психологов, работников служб социального обеспечения и психиатрических медсестер, толчком для которых в выборе профессии стало то, что в их семьях кто-то болел шизофренией. Как правило, такие люди становятся великолепными профессионалами своего дела.

Можно ли больным шизофренией управлять транспортными средствами?

Как ни странно, об этой проблеме написано сравнительно мало, хотя с ней постоянно сталкиваются и сами пациенты, и члены их семей, и страховые компании. В работе, опубликованной в 1989 году, говорится, что, по сравнению с контрольной группой здоровых людей, где водят машину 99 процентов, среди амбулаторных психиатрических пациентов садятся за руль только 68 процентов. Те же пациенты,

кто все-таки водит машину, делают это намного реже, чем представители контрольной группы. Гораздо более важно то, что уровень аварийности среди больных шизофренией в расчете на милю примерно в два раза выше, чем у представителей контрольной группы. Увеличение аварийности среди больных шизофренией водителей было выявлено и в ходе более ранних исследований.

Итак, можно ли больным шизофренией водить машину? Вождение машины подразумевает владение тремя основными навыками: 1) планирование поездки и принятие решения о выборе дороги с учетом транспортных потоков и уровня освещенности; 2) принятие тактических решений, связанных с опенкой дорожной ситуации и повышенной внимательностью, например при обгоне; 3) координация двигательной активности, когда, например, нужно резко затормозить. У больных шизофренией довольно редко возникают проблемы с координацией, хотя некоторая замедленность реакции может иметь место как следствие приема антипсихотических препаратов. Вместе с тем у некоторых больных явно нарушаются навыки, относящиеся к первой и второй группе, что с достаточной очевидностью проявляется у них в проблемах с планированием, концентрацией внима-ния и принятием решений в повседневной жизни.

Короче говоря, большинство больных шизофренией вполне могут управлять транспортными средствами. Тем не менее этого не должны делать те из них, у кого явным образом нарушены способности к планированию и/или принятию обоснованных решений. Тем же пациентам, чья способность управлять машиной зависит от приема антипсихотических средств, целесообразно выдавать права только на срок, пока они принимают назначенные им лекарства, так же, как это делается для больных эпилепсией.

Как обеспечить безопасность больного шизофренией?

Больные шизофренией становятся жертвами преступных посягательств намного чаще, чем это принято считать. Эта

проблема еще более усугубилась после выписки из клиник в процессе деинституализации многих хронически больных пациентов. При обследовании 114 больных шизофренией, проживавших в одном лос-анджелесском пансионате, за предшествующий год двадцать пять из них, то есть 22 процента, были ограблены, а тридцать четыре (30%) «подвергались избиениям, нападениям или изнасилованиям». Среди тех больных, кто проживает в ночлежках или не имеет крыши над головой, число ограбленных и избитых еще больше. Когда больные шизофренией обращаются в полицию или пытаются добиться возмещения ущерба, им часто отказывают по причине неспособности внятно объяснить, что именно произошло, а также из-за недоверия к ним со стороны полицейских и убеждения, что при рассмотрении дела в суде от подобных свидетелей будет немного пользы. Большинство выписанных из клиник пациентов убеждаются в этом на своей шкуре очень скоро после выписки и вынуждены воспринимать нападения на себя как неотъемлемую часть жизни, если они хотят продолжать жить в обществе. Многие из них упоминают об этом как об основной причине их желания вернуться в клинику, в «убежище», где они чувствуют себя в большей безопасности.

Для повышения безопасности больных шизофренией можно предпринять следующие меры. Самое важное — это не размещать пансионаты и другие заведения, где проживают психически больные люди, в криминогенных зонах. Тем больным, кто проживает самостоятельно, следует частично возмещать стоимость квартирной платы, поскольку во многих городах жилье, которое можно оплачивать на пособия по инвалидности и нетрудоспособности, находится только в зонах повышенной криминогенной опасности. Именно поэтому во многих маленьких городках уровень жизни больных шизофренией намного выше, чем в крупных городах.

Еще одной возможностью является участие больных на курсах и семинарах по приемам самообороны, где их учат, как не стать жертвой преступления и как в случае нападения заявить об этом в полицию. Эффективность подобных занятий повышается, если к ним привлекают сотрудников полиции. Большую роль играет понимание полицейскими проблем больных шизофренией, и наоборот.

Каково влияние религии на больных шизофренией?

Как и все люди, больные шизофренией также испытывают потребность обратиться к Богу и религии, чтобы иметь возможность рассматривать себя и свою жизнь в более широком философском контексте. По разным причинам для больных шизофренией это представляет определенные трудности. С одной стороны, часто начало заболевания совпадает по времени с ростом религиозности данного человека и его повышенным вниманием к философским аспектам бытия. Кроме того, многие больные на ранних стадиях заболевания испытывают то, что в предыдущих главах мы описывали как экзальтацию, то есть необычно приподнятое состояние, ощущение того, что находишься на вершине жизни, в высшей точке блаженства (смотри главу 2), вследствие чего они делают вывод, что являются «избранниками» Бога. Подобную веру еще более поддерживают слуховые галлюцинации. К трудностям в отправлении религиозных обрядов относится также и то, что больной часто не может мыслить метафорично и воспринимать сложную символику, что требуется в большинстве формализованных религиозных систем.

Учитывая все вышесказанное, не удивительно, что вопросы религии очень важны для многих больных шизофренией и продолжают интересовать их на всем протяжении их заболевания.

Среди таких больных широко распространен бред с религиозной окраской, его можно обнаружить почти у половины всех пациентов с шизофренией. Известно также, что больные шизофренией часто консультируются со священниками — в ходе одного исследования было обнаружено, что «священники воспринимаются обществом подобно специалистам по психическому здоровью, которых ищут больные с серьезными заболеваниями психики». Многие священники в подобных ситуациях оказывают больным существенную помощь, однако в большей своей части они, к сожалению, не принимают во внимание все то, что известно сегодня о психических заболеваниях, и начинают убеждать больного и членов его семьи, что причиной болезни является грех.

Это, естественно, еще более усугубляет и без того тяжелую ситуацию. В рамках Национального союза помощи душевнобольным в настоящее время предпринимаются попытки просвещать священнослужителей по поводу психических заболеваний.

Иногда больные шизофренией вступают в разного рода религиозные объединения (секты). Таких культовых и религиозных объединений очень много: Единая церковь (последователи Муна), Общество сознания Кришны, Миссия Божественного света, Люди Христа, Сайентологическая церковь и другие. Как показывают исследования, шесть процентов членов Единой церкви и девять процентов членов Миссии Божественного света ранее госпитализировались по причине психиатрических заболеваний, хотя некоторые специалисты считают большинство из них просто невротическими личностями. Нужно сказать, что эти секты сами по себе пытаются исключать из числа своих членов лиц с острыми психическими заболеваниями, так как они являются помехой при совместном проживании и отправлении культа.

Вступление больных шизофренией в подобные секты может иметь для них некоторые выгоды. Таким объединениям свойственна четко структурированная система верований и образа жизни, что, в свою очередь, приводит к повышению самооценки члена такого сообщества. В некоторых сектах очень ценится «необычный религиозный опыт», и там человек со слуховыми и/или зрительными галлюцинациями и опытом экзальтации может чувствовать себя гораздо более комфортно.

Вместе с тем подобные секты несут в себе и потенциальную опасность. Во многих из них запрещено принимать какие бы то ни было лекарства. Пациентам, отлично себя чувствовавшим после приема, например, галоперидола, может быть приказано прекратить уколы, после чего наступает обострение заболевания. В таких религиозных объединениях могут настаивать, чтобы больной отрицал сам факт своей болезни и относил бред и галлюцинации к духовной сфере, а не к заболеванию головного мозга. В некоторых сектах поощряется бред преследования у уже предрасположенных к этому пациентов как часть общей схемы «мы—они», где данная секта выступает в качестве преследуемой

всем остальным миром. И наконец, в некоторых подобных религиозных объединениях часто присваивается собственность и денежные средства больных, как это делается и по отношению к другим членам данной секты.

Проблема врачебной тайны

Необходимость соблюдать врачебную тайну относительно содержания бесед специалистов по психическим заболеваниям с больными шизофренией, включая конфиденциальность их историй болезни, периодически создает этические проблемы как для специалистов, так и для родственников больных. Например, когда больной шизофренией (или другим психическим расстройством) наедине сообщал психиатру о своем желании и планах причинить вред другому человеку, то в недавнем прошлом подобные беседы считались конфиденциальными и не подлежали разглашению. В 1976 году, однако, суд штата Калифорния постановил, что врачи и другие медицинские работники в подобных ситуациях обязаны предупредить потенциальную жертву. Это постановление, известное как решение по делу Тарасоффа, получило распространение также во многих других штатах.

Самую большую проблему для родственников больных шизофренией конфиденциальность представляет тогда, когда врач не хочет давать им информацию о характере заболевания пациента из страха нарушить врачебную тайну. Законы отдельных штатов в этом отношении весьма отличаются друг от друга, но иногда подобная конфиденциальность доводится врачами до абсурда. Ниже, например, приведен рассказ одной матери о том, как она в течение полугода не могла получить информацию о болезни своего сына, помещенного в психиатрическую клинику Бостона:

> Мне никогда не говорили, как у него идут дела. Я совершенно ничего не знала о течении заболевания, ни хорошего, ни плохого. Когда бы я ни спросила об этом, мне отвечали: «Дэнни не давал нам сегодня разрешения сообщать вам о состоянии его здоровья» . Такой ответ я постоянно получала в течение первого месяца или около того. Однажды, может, из жалости ко мне и видя мое беспокойство, мне ответили: «Дэнни и сегодня не разрешил ниче-

го вам сообщать, но у всех пациентов из той палаты сегодня все нормально».

Даже эта закодированная информация принесла мне огромное облегчение. Однако, прослушав эту фразу еще несколько месяцев подряд, вплоть до выписки сына из больницы, я поняла, что вся эта система так же больна, как и мой сын, и тоже нуждается в помощи.

Это конфиденциальность, доведенная до абсурда. К сожалению, подобное нежелание делиться информацией с родственниками больного часто отражает незаинтересованность врачей и медицинского персонала в общении с близкими своего пациента. Иногда это бывает вызвано укоренившейся в этих специалистах психоаналитической ориентацией, косвенно выражающейся в невысказанном ответе: «Именно эта семейка и послужила причиной шизофрении у моего пациента, так пусть теперь в качестве наказания у них не будет права что-либо знать о нем!»

Что же делать в этом случае близким? Прежде всего — познакомиться с существующими правовыми аспектами конфиденциальности. Бороться за изменение законов, если они, как вам кажется, слишком ограничивают ваши права. В отдельном случае можно пожаловаться в вышестоящую инстанцию и действовать совместно с организациями, объединяющими в своих рядах родственников душевнобольных. Особое внимание уделяйте самой неожиданной информации, например, что у вашего родственника оказалось другое заболевание головного мозга, такое, как рассеянный склероз или болезнь Альцгеймера.

Нужно ли говорить окружающим, что у вас шизофрения?

Этот вопрос особенно труден тогда, когда надо решить, сказать ли о своей болезни будущему супругу или работодателю. Однако все чаще мы советуем отвечать на него «да». При обдумывании этой проблемы надо учитывать следующие моменты: «Может ли человек узнать об этом каким-либо иным образом? Как он вообще относится к психическим заболеваниям? Если я утаю эту информацию, то сможет ли этот человек доверять мне в других вопросах?

Насколько трудно будет мне иметь дело с человеком, зная, что я не сказал ему об этом?»

Начиная с 1980-х годов вопросы шизофрении стали гораздо чаще обсуждаться между больными и их ближайшими родственниками. Закон об инвалидах предоставляет некоторую теоретическую защиту от дискриминации психически больных людей их работодателями, но насколько эффективна эта защита на самом деле, точно не известно. По-прежнему иногда бывают ситуации, когда лучше не говорить о своем заболевании. В таких случаях уже упоминавшийся нами психолог Фредерик Фриз, сам болевший шизофренией, советует: «Отвечайте, что вы — писатель, художник, . консультант (по психическому здоровью) и тому подобное, то есть человек, сам распоряжающийся своим временем. Сами по себе эти ответы даже не будут ложью, но вместе с тем они оставляют достаточное пространство для маневра и не требуют наличия у вас какого-то конкретного работодателя или места работы».

Какова вероятность передачи шизофрении по наследству?

Почти каждый брат, сестра, дочь, сын, племянник или племянница больного когда-либо задает себе вопрос, а не могут ли они сами или их дети заболеть шизофренией. Тем более, что все больше больных живут в обществе, женятся и выходят замуж, рожают детей.

Если вы предположили, что информация о вероятности заболевания шизофренией среди родственников больных тщательно собирается, распространяется, проходит экспертную оценку, то вы ошиблись. Как мы уже обсуждали в главе б, мнения специалистов о генетической природе шизофрении расходятся, что соответственно сказывается на состоянии так называемого генетического консультирования. Тот исследователь, который относит генетические факторы в развитии шизофрении к важнейшим, даст семье очень осторожный и сдержанный ответ на вопрос о возможности иметь детей самому больному и его кровным родственникам, тогда как тот, кто не считает подобные факторы

достаточно существенными, даст ответ совершенно противоположный.

Доктором Ирвингом Готтесманом, одним из первых исследователей наследственных аспектов шизофрении, была составлена так называемая шкала риска. Согласно этой шкале, вероятность заболевания шизофренией равна:

- для среднего человека 1,5%
- для брата или сестры больного 9,6%
- для двоюродного брата или сестры больного 4,2%
- для ребенка при заболевании одного из родителей 12,8%
- для ребенка при заболевании обоих родителей 46,3%
- для племенника или племянницы больного 3,0%
- для внуков больного 3,7%

Эти данные свидетельствуют, что наследственный фактор, несомненно, играет определенную роль в возникновении шизофрении и наличие у вас больного родственника увеличивает вероятность того, что вы тоже можете заболеть. При этом, однако, необходимо учесть следующие моменты.

1. Имеются определенные основания считать, что приведенные выше показатели предполагают наихудший вариант развития событий, а реальные выглядят отнюдь не так устрашающе. Дело в том, что многие работы, из которых были получены эти данные, уже устарели, в них использовалась недостаточно отработанная методика исследований (не было контрольных групп, не была стандартизирована диагностика, не было проведено персональных обследований родственников больных, семейные узы регистрировались формально и так далее). Более современные исследования дают вероятность заболевания для детей, у которых оба родителя больны шизофренией, только в пределах 28-29 процентов. Точно так же во всех учебниках по психиатрии сообщается, что у однояйцевых близнецов при заболевании одного близнеца вероятность заболевания второго составляет 50 процентов,

тогда как современный анализ работ, на которых этот показатель основывается, дает оценку только в 28 процентов.

2. В настоящее время точно установлено, что чем большее число родственников больны шизофренией, тем больше вероятность заболевания у данного человека. С практической точки зрения это означает, что если больная сестра — это ваш единственный больной шизофренией родственник, то риск заболеть у вас лично очень невелик. Если же шизофренией больны ваша сестра и дядя, то вероятность заболеть для вас значительно выше. Если же вам не повезло и ваша семья относится к тому относительно редкому типу семей, где болели и болеют этим заболеванием многие родственники (например, мать, тетя, дедушка, брат и сестра), то вам угрожает серьезная опасность, и, прежде чем заводить детей, вам стоит серьезно обдумать этот вопрос.
3. Вероятность заболевания одного из детей естественно увеличивается по мере увеличения их числа. Если, например, в вашей семье были больные шизофренией, то при наличии у вас восьмерых детей вероятность того, что один из них заболеет, в четыре раза выше, чем та же вероятность, когда детей у вас всего двое.
4. Вероятность заболевания шизофренией можно рассматривать точно так же, как и вопрос о том, полон стакан наполовину или он наполовину пуст. Для брата или сестры больного вероятность заболеть составляет 9,6 процента, но вероятность *не* заболеть равна 90,4 процента. Для ребенка из семьи, где болен один из родителей, риск заболеть шизофренией составляет 12,8 процента, зато риск не заболеть — 87,2 процента. Для однояйцевых близнецов вероятность не заболеть, когда болен второй близнец, составляет 72 процента.
5. Шизофрения — это лишь одно из многих заболеваний, где существует определенный наследственный риск. Зарождение жизни всегда было и будет своего рода лотереей. Знание возможных вероятностей пусть и не принесет вам в этой лотерее выигрыша, но зато поможет принять наиболее разумное решение.

Что будет, если умрут родители?

Одной из самых серьезных проблем для семей с больными шизофренией является смерть того, кто обеспечивает основной уход за больным. Это, к сожалению, распространенная ситуация, так как обычно основные заботы по уходу за больными несет их отец или мать, хотя иногда та же проблема может возникнуть при старении или болезни человека, заботящегося о своем больном брате или сестре. Раньше в этих случаях уход за больным продолжали обеспечивать остальные родственники или муниципальная психиатрическая клиника. Сейчас же, увы, большие семьи стали редкостью, а психиатрические клиники стараются поскорее избавиться от пациента и выписать его для самостоятельного проживания. Перспектива того, что их больной родственник может оказаться в ночлежке или на улице, страшит многие семьи.

Одним из способов обеспечения ухода за больным после смерти кормильца является механизм опекунства. Опекуном может стать как родственник, так и друг больного, а иногда просто посторонний человек, назначаемый судом. К назначению опекуна наиболее часто прибегают тогда, когда больной владеет значительной суммой денег, крупной собственностью или может получить большое наследство. Опекунство — это правовые отношения, при которых опекун имеет полномочия принимать решения за другого человека. Они восходят к тому же старинному принципу английского законодательства «по праву отца» (parens patriae), на основе которого осуществляется принудительная госпитализация. Опека может быть или частичной — и тогда опекун распоряжается только имущественной стороной дела, или полной, когда полномочия опекуна распространяются на принятие всех решений, касающихся его подопечного.

В различных штатах законодательство по вопросам полного опекунства и распоряжения имуществом существенно различается. Иногда между этими двумя понятиями не делается никакой разницы, и опекун автоматически получает возможность принимать решения как относительно имущества, так и по поводу самого пациента. К последним относятся, например, вопросы, может ли опекаемый жить само-

стоятельно, может ли он путешествовать, соглашаться или нет на тот или иной вид лечения. Решения относительно собственности подразумевают право подписывать чеки и другие платежные документы, снимать деньги со счета в банке и так далее. Большинство законодательных положений построены по принципу «все или ничего» и не принимают во внимание, что многие пациенты в одних вопросах своей жизни вполне способны принимать решения сами, а в других — нет. Многие законы очень расплывчаты, например: закон штата Калифорния гласит, что опекун может быть назначен «любому, не отдающему отчет в своих действиях человеку, независимо от того, признан он умалишенным или нет... которого можно легко обмануть путем заведомого мошенничества». Ведь то же самое можно сказать об очень многих из нас! В действительности же назначение опекуна, как правило, производится без соблюдения необходимых процессуальных правил, в отсутствие самого пациента. Не производится и периодических проверок того, нуждается ли пациент в дальнейшей опеке.

Еще одним способом подстраховать будущее пациента является обращение к некоммерческим организациям, образованным группами семей больных. Эти организации часто принимают на себя ответственность за больных после смерти их кормильцев. Длительное время подобный механизм использовался для ухода за умственно отсталыми, не так давно он стал применяться и Национальным союзом помощи психически больным.

Глава 11

Как защищать права больных психическими заболеваниями

Они говорят: «Сделать ничего нельзя!»
Я отвечаю: «В моем словаре нет таких слов!»
Доротея Дикс, 1848

Доротея Дикс весьма успешно боролась за права хронических психически больных. Чтобы лично убедиться в невыносимых условиях их жизни, она посещала тюрьмы и самые захудалые лечебницы, всегда подчеркивая, что заболевания таких пациентов не безнадежны, что они могут чувствовать себя намного лучше, если предоставить им соответствующие лечение, уход и условия проживания. Доротея Дикс бессчетное число раз выступала свидетелем в судах и давала показания многочисленным комиссиям, особое внимание уделяя последствиям плохой работы психиатрических служб. Она теребила напыщенных бюрократов — от мелких чиновников до губернаторов, публично обвиняя их в том, что они не выполняют своих прямых обязанностей. И, самое главное, она никогда на принимала «нет» в качестве ответа.

Опыт Доротеи Дикс и сегодня учит нас многому. Хотя не все больные и их близкие могут достичь ее славы настоящего защитника слабых, все-таки у всех нас есть определенные возможности улучшить в чем-то жизнь психиатрических пациентов. В этой работе всегда полезно помнить о четырех основных принципах:

1. Нужно владеть всей фактической стороной данного дела. Доверие к вам вытекает из фактов, а не из эмоций.
2. Прекрасными защитниками становятся бывшие пациенты. Самое большое доверие вызывают те, кто сам страдал серьезным психическим заболеванием.
3. Все нужно записывать, включая ваши впечатления от встреч с представителями власти. Копии заявлений рассылайте всем, кого касается ваше дело. Бюрократ всегда попытается отрицать сказанное им устно, но если вы свои заявления будете подкреплять письменными документами, ему будет гораздо труднее отрицать факт получения письма — ведь вы сможете предъявить копию.
4. Осторожнее относитесь к обещаниям. Политики давно уже набили себе руку на устных обещаниях, после чего обычно ничего не предпринимают. Судите о них по их делам, а не словам. Не довольствуйтесь крошками с барского стола, когда больным нужен настоящий обед!

Политика пренебрежения

Непосвященный человек может спросить: «А зачем в 80-х годах больным и их близким понадобилось организовываться, чтобы привлечь внимание к проблемам шизофрении? Где были Американская психиатрическая ассоциация, Национальный институт психического здоровья И Национальная ассоциация по психическому здоровью?»

Конечно, ведущая роль должна была бы здесь принадлежать Американской психиатрической ассоциации (АПА). Основана она была в 40-х годах прошлого века как ассоциация руководителей психиатрических клиник и лечебниц и до второй мировой войны в центре ее внимания были как раз хронические психически больные люди. С нашествием приверженцев психоанализа из Европы в 30-х годах и его расцветом в США основное внимание психиатрии было, однако, резко перенесено в сферу психотерапии здоровых людей. Пациенты с серьезными психическими расстройствами больше не воспринимались как представляющие какой-то интерес, и чем более престижным психиатром вы считались, тем меньше была вероятность, что среди ваших пациентов окажутся больные шизофренией.

Отсутствие интереса АПА к хронически психически больным было ярко подтверждено в 70-х годах, когда д-р Джон Шпигель, тогдашний ее президент, предпринял поездку по стране с целью обсудить с психиатрами десять наиболее важных для американской психиатрии проблем. Проблема хронически больных стояла в его списке на последнем месте. Д-р Шпигель отметил, что «тогда как по другим проблемам в ходе обсуждения велись ожесточенные споры, при обсуждении этого вопроса в аудиториях царило глубокое молчание — лишь изредка раздавались замечания в адрес руководства». Данные тех лет свидетельствуют, что только 11 процентам из осмотренных частнопрактикующими психиатрами пациентов был поставлен диагноз шизофрении — несмотря на то, что это заболевание представляло для американской психиатрии наиболее серьезную проблему.

К середине 80-х годов АПА превратилась просто в своего рода профсоюз, защищающий интересы частнопрактикующих психиатров. Вся энергия и ресурсы уходили на борьбу за оплату страховыми компаниями услуг врачей-психиатров в области психотерапии здоровых людей и на то, чтобы отбить у психологов и работников социальных психиатрических служб частную психиатрическую практику. При этом нужно отметить, что некоторые частные психиатры работали и продолжают отлично работать, оказывая ничем не заменимую гуманную и профессиональную помощь больным шизофренией. Этот факт был признан Национальным союзом помощи душевнобольным, и имена этих врачей были даже торжественно объявлены на ежегодном собрании АПА. Некоторые лидеры АПА, прежде всего д-ра Джон Талботт и Ричард Лэмб, пытались привлечь внимание своих коллег к нуждам больных этим страшным заболеванием. Подобные усилия выливались иногда в судорожные попытки АПА как-то загладить свою вину, и тогда устраивались выборочные обследования и конференции. Однако большую часть времени АПА продолжала свою «профсоюзную» деятельность в поддержку частнопрактикующих психиатров. Поэтому пациентам с хроническими психическими заболеваниями от нее было пользы не больше, чем от какого-нибудь профсоюза водителей грузовиков.

Национальный институт психического здоровья (НИПЗ), созданный в конце 40-х годов как научно-исследовательский институт проблем хронических психических заболеваний, тоже можно было бы считать потенциальным кандидатом на роль лидера в борьбе за права пациентов. Однако этот институт оказался не заинтересован в них. Он превратился в институт по исследованию поведения человека, куда можно отнести все проблемы нашего общества — от бедности и расизма до университетских городков, проблем воспитания детей и разводов. Даже в его названии стоит «психическое здоровье» а не «психические заболевания», и это обстоятельство используется, чтобы заниматься чем угодно, любыми социальными проблемами американского общества, лишь бы не затрагивать проблемы хронически больных людей. Вместо того чтобы стать центром внимания НИПЗ, эти вопросы задвинуты в самые дальние уголки и коридоры этого института и торжественно вытаскиваются на белый свет лишь в таких исключительных случаях, как обсуждение будущего бюджета. При подобном отношении ожидать, что НИПЗ будет защищать больных и бороться за их права, все равно что предполагать, будто этим займется Смитсоновский институт[1].

Теоретически еще одним кандидатом на роль лидера в борьбе за права психически больных могла бы стать Национальная ассоциация психического здоровья (НАПЗ). Какникак она была основана в 1909 году Клиффордом Бирсом, который сам страдал маниакально-депрессивным психозом, в целях реформирования лечения и ухода в психиатрических клиниках. Однако к началу второй мировой войны эта ассоциация, как и вся американская психиатрия, потеряла всякий интерес к проблеме хронически больных. Вместо этого она стала заниматься поддержкой частной психиатрической практики и превратилась в своего рода служанку, обеспечивающую нужды этих психиатров и других специалистов по психическому здоровью, причем всегда принимала сторону НИПЗ. При обсуждении таких вопросов, как оплата услуг индивидуальных психотерапевтов за

1. Смитсоновский институт основан в 1846 г. в Вашингтоне. Его основная задача — распространение в обществе научных знаний *(прим. перев.)*.

счет медицинской страховки, НАПЗ развивала бешеную активность, набирала добровольцев, посещавших и писавших письма конгрессменам, в общем, делала все, чтобы защитить права здоровых людей. Большинство слов со стороны этой ассоциации было произнесено по поводу важности психического здоровья — понятия туманного и всеобъемлющего. «Обнимали ли вы сегодня своего ребенка?» — вопрошают многочисленные плакаты НАПЗ. Против объятий, так же как против любви к матери или к пирогу с яблоками, возражать довольно трудно, но чем больше энергии уходит на организацию подобных объятий, тем меньше ее остается на улучшение условий жизни хронически больных.

В некоторых регионах местные отделения НАПЗ проделали большую работу по поддержке больных шизофренией и другими психическими заболеваниями, однако на национальном уровне эта Ассоциация остается лидером в борьбе за «психическое здоровье», проявляя очень мало интереса к хроническим психическим заболеваниям. Дошло до того, что в 1977 году НАПЗ присудила две свои ежегодные премии тем ученым, кто свои исследования строил на предпосылках, что причину шизофрении нужно искать в семье! Можно сказать, что НАПЗ представляет собой ныне находящийся в глубокой спячке реликт.

Эффективной борьбы за права хронически больных пациентов можно ожидать от Национального союза помощи душевнобольным (НСПД). Зародившись в 1979 году и начав с объединения двухсот семей, к настоящему времени НСПД включает 140 000 членов. В него сегодня входят более 100 местных отделений, которые ведут большую работу по психиатрическому просвещению, по уходу за психически больными людьми и защите их прав. На работу (этой организации все больше влияют сами больные, и в 1990 году президентом ее Совета директоров стал пациент Томас Пози. Одно из самых важных дел, которое могут сделать больные и их близкие, — это вступление в ряды НСПД[1].

1. В Санкт-Петербурге и Ленинградской области создана общественная организация НИМБ, объединяющая членов семей больных психическими заболеваниями *(прим. ред.).*

Как уменьшить предубеждение окружающих

Больные шизофренией и их близкие вынуждены жить в атмосфере домыслов и предубеждений. Шизофрения сегодня — это все равно что проказа, и среди населения уровень знаний об этой болезни ужасающе низок. Обследование, проведенное среди выпускников колледжей (!), показало, что две трети из них ошибочно полагают, будто «раздвоение или расщепление личности» — это типичный симптом шизофрении, тогда как о действительно типичном симптоме — галлюцинациях — знают меньше половины. В ходе одного опроса оказалось, что 55 процентов опрошенных вообще не верят в существование психических заболеваний и лишь один процент из них относят эти заболевания к основным проблемам здравоохранения. По телевидению больные шизофренией предстают агрессивными, опасными, склонными к насилию людьми; по данным одного из исследований, 73 процента психиатрических пациентов, показанных по телевидению, характеризовались как склонные к жестокости, а 23 процента — как маньяки-убийцы. В западном мире нет другого такого заболевания, которое сопровождалось бы подобным остракизмом со стороны общества, направленным на больных и членов их семей.

Пришло время изменить отношение общества к шизофрении и развеять предубеждения, которые господствуют в нем по отношению к этой болезни. Примером того, что может быть сделано в этом направлении, могут служить Национальная ассоциация помощи умственно отсталым и Фонд эпилепсии, уже достигшие в своей деятельности значительных успехов, а также Ассоциация больных болезнью Альцгеймера и сходными заболеваниями, которая в настоящее время разворачивает свою деятельность. Успешно работают группы по защите прав больных теми заболеваниями, которые встречаются гораздо реже, чем шизофрения, — например, Ассоциация больных мышечной дистрофией с ее лидером Джерри Льюисом, проводящая каждый сентябрь мощные кампании в средствах массовой информации. На-

блюдая за ней в очередной День труда[1], помните, что на каждого больного мышечной дистрофией приходится 60 больных шизофренией.

Просвещение населения относительно проблем шизофрении можно осуществлять в следующих направлениях:

- Организация на местах специальных просветительских центров, клубов, фирм. Например, мистер и миссис Рон Норрис из штата Делавэр убедили фирму «Дюпон» финансировать съемку специального фильма, который может демонстрироваться в таких центрах. Называется он «Когда кончается музыка» и длится 20 минут.
- Для преодоления предубеждений особенно полезны выступления в школах. В штате Нью-Йорк, например, была разработана специальная учебная программа по психическим заболеваниям, предназначенная для учащихся 4-6-х, 7-8-х и 9-12-х классов. Она была разослана по всем учебным округам с рекомендациями членам Ассоциации максимально использовать ее при выступлениях в учебных заведениях.
- В США имеется 344 тысячи церквей, синагог и мечетей. Священнослужители всех религий — это те, к кому прежде всего обращаются психически больные люди и их близкие, поэтому они являются нашими естественными союзниками. Предложите им провести с прихожанами беседу о шизофрении, но при этом имейте в виду, что кое-где церковь все еще считает это заболевание свидетельством греха. Многие организованные церковью группы прихожан заботятся о бездомных больных, об обитателях ночлежек. Именно у них можно узнать о пациентах, кто не получает должного лечения и ухода.
- Боритесь с предубеждениями относительно психически больных. Фиксируйте проявления этого предубеждения в средствах массовой информации, расспрашивайте пациентов об их дискриминации при

1. Празднуется в США в большинстве штатов в первый понедельник сентября *(прим. перев.)*.

получении работы и жилья. Организуйте из больных и их близких коалицию, рассылайте соответствующие письма, теребите бюрократов телефонными звонками, занимайтесь просвещением населения.

Налаживайте контакт с руководством местных газет, радио и телевидения. Убеждайте их больше внимания уделять проблемам психически больных людей. Просвещайте их относительно шизофрении и других психозов.

- Попробуйте организовать рекламную кампанию по преодолению предубеждений относительно психических заболеваний. В некоторых штатах для этого изготавливают серии брошюр и плакатов, объясняющих, что такое шизофрения и насколько широко она распространена, расклеивают их на улицах, обвешивают ими автобусы. В штате Огайо владельцев одной из аптек удалось убедить изготовить полиэтиленовый пакет с надписью: «Головной мозг — часть нашего организма, он тоже может заболеть. Шизофрения и депрессивный психоз — это заболевания головного мозга».
- Проводите беседы специалистов в медицинских училищах, на факультетах психологии университетов, в медицинских вузах.
- Выступите с инициативой налаживания постоянного диалога между вашей группой и местным отделением АПА.
- Проводите постоянную работу по просвещению законодателей и юристов вашего региона в области шизофрении. Предложите свое выступление на заседании местной коллегии адвокатов, а также ведение спецсеминара на юридическом факультете.
- Предложите провести лекцию в полицейской школе. Полицейским часто приходится вступать в контакт с психически больными, и чем больше они будут знать о шизофрении, тем гуманнее будут обращаться с ними.

Подводя итог, можно сказать, что с предубеждениями относительно шизофрении можно и нужно бороться.

Как бороться за развитие научных исследований проблем шизофрении

Как мы уже говорили в главе 6, финансирование научных исследований шизофрении оставляет желать лучшего. То, что ситуация в этой области в последнее время несколько улучшилась, является заслугой прежде всего Национального союза помощи душевнобольным и их союзников в Конгрессе. Больные и члены их семей могут продолжать свои усилия в поддержку научных исследований этого заболевания следующим образом:

- Учреждайте специальные фонды в поддержку Национального объединения по научным исследованиям шизофрении и депрессии (НОИШИД). Многие члены НСПД непосредственно участвуют в кампаниях НОИШИД по сбору средств.
- Оказывайте давление на представителей НИПЗ, чтобы на изучение шизофрении и других хронических психических заболеваний выделялось больше ресурсов. Используйте для этого ваших конгрессменов и сенаторов — именно избранные вами представители власти несут ответственность за выделение НИПЗ бюджетных средств. Совместно с вами они могут переориентировать это научное учреждение на выполнение его основной и наиболее важной задачи.
- Поддерживайте усилия ученых по созданию банков тканей головного мозга, где собирается мозговое вещество умерших больных шизофренией. Эти образцы тканей незаменимы при проведении научных исследований.
- Поддерживайте проведение экспериментов на животных. Эти эксперименты очень полезны как для выявления причин шизофрении, так и поисков наилучших способов лечения. В последнее время активизировались выступления за запрещение использования животных в медицинских целях. Общественность следует просвещать относительно того, что подобный запрет сведет на нет результаты многолетних исследований.

Как бороться за улучшение быта психически больных

Вся история шизофрении в Америке двадцатого века — это история вопиющего пренебрежения нуждами больных. Эта болезнь поражает одного из каждой сотни граждан, она каждый день приносит трагедию и хаос в жизнь 1 миллиона 800 тысяч человек и их близких, причем это обходится государству в миллиарды долларов ежегодно. И что же мы можем предложить таким больным? Чаще всего — довольно посредственное лечение в государственных клиниках. После выписки из клиники — проживание в кишащих клопами пансионатах и в криминогенных зонах. Минимальный психиатрический и медицинский уход. Почти никаких интернатов с мастерскими и почти никаких возможностей устроиться на работу на неполный рабочий день. По поводу быта больных шизофренией как-то было сказано, что «они не просто оказываются среди пустой болтовни — на них набрасывается каркающее воронье».

Быт и уход за больными шизофренией можно улучшить, если предпринимать усилия в следующих направлениях.

- Издание сборников, в которых описываются имеющиеся местные возможности.
- Изучение рынка дешевого жилья. Посещайте места проживания душевнобольных, фотографируйте их, демонстрируйте эти снимки вашим окружным руководителям и т. д. Знакомьтесь с образцовыми пансионатами, пропагандируйте их на местах.
- Боритесь за предоставление больным психическими заболеваниями территории для сооружения жилищ, выступайте против всяческих ограничений на места их проживания.
- Если на вашей территории ощущается недостаток «полубольниц» (дневных стационаров), работайте вместе с местными органами над их созданием.
- Изучайте вопросы профессиональной подготовки лиц с психическими заболеваниями, знакомьтесь с передовыми в этом отношении программами. Используйте любые возможности для встреч с руководителями профессионального образования на местах, при необ-

ходимости обращайтесь в законодательные органы вашего штата.

- Посетите ближайший интернат для психически больных, где имеются мастерские или производство. Спросите у его руководителя, почему нельзя увеличить контингент. Если, как чаще всего бывает, этому препятствуют всяческие бюрократические рогатки, садитесь за телефон, пишите письма и действуйте как угодно, чтобы изменить это положение.
- Организовывайте в вашем округе рабочие места с неполным рабочим днем, которые могли бы быть заняты больными шизофренией или маниакально-депрессивным психозом.
- Организуйте в своем районе клуб для душевнобольных по примеру нью-йоркского «Фаунтин Хауз». Прилагайте усилия, чтобы его работа финансировалась из бюджета вашего штата.
- Станьте экспертом по вопросам получения пособий по дополнительному социальному страхованию и временной нетрудоспособности. Сделайте обзор, сколько в вашем округе больных шизофренией или маниакально-депрессивным психозом, которые должны получать, но не получают этих пособий. Учитывайте все случаи, когда больным или их семьям было отказано в получении пособий или их размер был сокращен. Доводите это до сведения властей.
- Представляйте интересы пациентов, их близких и членов групп поддержки семей душевнобольных на всех уровнях организаций, занимающихся проблемами психического здоровья.
- Проводите политическую работу. Отмечайте тех представителей законодательной власти вашего округа и штата, кто серьезно занимается проблемами психически больных людей. Сообщите им о своей поддержке такой позиции и поддерживайте их на выборах.
- Изучите местный бюджет по здравоохранению. Куда уходят выделяемые деньги? Кто и какие услуги и лечение получает? Кто их не получает? Посетите бюджетные слушания в Комитете по здравоохранению. Выступите на этих слушаниях как пациент или представитель родственников больного.

- Регулярно встречайтесь с директором местного Центра психического здоровья. Постоянно пытайтесь ставить в центр внимания вопросы клинического лечения и ухода за хронически больными пациентами.
- Выступайте за приоритетное направление средств из бюджета штата на нужды психически больных. Опыт некоторых штатов (например, Колорадо и Орегона) показал большую эффективность такого перераспределения средств.
- Выступайте за переименование в вашем штате Управления по психическому здоровью в Управление по психическим заболеваниям. Это поможет сосредоточиться на главном.
- При необходимости возбуждайте против властей судебные процессы, настаивая, чтобы они обеспечивали выписанным из клиник психиатрическим пациентам надлежащий уход и условия проживания.
- Регулярно организовывайте внезапные проверки государственных психиатрических лечебных учреждений. В некоторых штатах местные отделения Союза помощи душевнобольным успешно занимаются подобной деятельностью.
- Если в психиатрических отделениях больниц общего профиля нарушаются правила работы с хронически больными шизофренией, уведомите об этом Комиссию по аккредитации организаций здравоохранения. Как правило, проверки этой Комиссии осуществляются раз в три года, и вы можете потребовать встречи с ее представителями, рассказав им о своих наблюдениях. Направляйте свои замечания в эту Комиссию заказными письмами с уведомлением о вручении.
- Организовывайте среди семей больных группы взаимопомощи — они могут использоваться, чтобы время от времени давать передохнуть отдельным семьям, уехать куда-нибудь в отпуск и т. д. Убеждайте местные власти оказывать поддержку таким группам — выделять, например, необходимый персонал.
- Разработайте план ухода за хронически больными пациентами после смерти их кормильцев.
- Боритесь против необоснованной выписки пациентов из психиатрических клиник. Если известно, что наме-

ченный к выписке пациент может представлять опасность для окружающих, направьте в клинику письмо (с уведомлением о вручении) примерно такого содержания:

Уважаемый__________ ,

В Вашей клинике находится пациент XYZ. Мне стало известно, что Вы собираетесь его выписывать. Этого делать не следует. Мне известно, что XYZ представляет опасность для окружающих и самого себя. Об этом Вам уже сообщалось. Если Вы в этом сомневаетесь, данным письмом я еще раз напоминаю Вам об этом.

Если, несмотря на эту информацию, Вы все-таки выпишите XYZ и он нанесет кому-либо вред или причинит увечье себе, то отвечать за это придется Вам, так как Вас предупреждали, к каким последствиям может привести его выписка.

Подпись ________

Будет еще лучше, если такое письмо отправит ваш юрист.

- Боритесь также за более широкое применение законов о принудительном амбулаторном лечении, согласно которым пациент может жить самостоятельно только при условии соблюдения им надлежащего курса медикаментозного лечения.
- Учредите общественные премии или награды лучшим работникам психиатрических служб и служб социального обеспечения, вручайте их в торжественной обстановке с участием местных знаменитостей.
- Боритесь за то, чтобы специалисты, подготовленные на государственные средства, были обязаны отработать положенное время в государственных клиниках.
- Отстаивайте необходимость такого условия лицензирования психиатров и других специалистов, чтобы они были обязаны не менее двух часов в неделю бесплатно отработать в муниципальных клиниках.
- Работайте в тесном контакте с отделениями психиатрии местных клиник Управления по делам ветеранов, имеющими, как правило, большой опыт, в области реабилитации своих пациентов.
- Ведите работу по оценке качества лечения и условий содержания психически больных, составляйте и регулярно публикуйте рейтинг психиатрических клиник и лечебно-профилактических учреждений.

Как создать организацию по защите прав больных шизофренией?

Ваши усилия, направленные на защиту прав душевнобольных, только тогда будут эффективны, когда вы будете представлять хорошо организованную и сильную группу. Дело даже не столько в числе членов вашей группы, хотя и это играет роль, сколько в их сплоченности. Чаще бывает так, что больших успехов достигают небольшие группы кровно заинтересованных в общем деле людей. Учитывая, что в США насчитывается почти два миллиона больных, путем объединения усилий их близких и друзей можно достичь практически чего угодно. Для этого, однако, необходимо объединить усилия — имеются сотни различных способов создания дееспособных общественных организаций в зависимости от местных условий: увеличение численности групп поддержки, издание буклетов и брошюр, публикации в местной печати, организация «телефонов доверия», привлечение к работе руководителей пансионатов для душевнобольных и работников служб социального обеспечения, хорошо знающих проблемы бездомных и обитателей ночлежек, вовлечение в орбиту своей деятельности представителей различных благотворительных и женских организаций и, конечно, постоянное просвещение населения относитель-но проблем шизофрении и других психических заболеваний.

Уход за хронически больными нельзя улучшить, пока окружающие будут на них озлоблены и плохо организованы. До тех пор больные шизофренией останутся людьми третьего сорта, ведущими сумеречный образ жизни, людьми, которыми все пренебрегают и которых часто просто не замечают. Они останутся, говоря словами Комиссии президента Картера по психическому здоровью, «меньшинством из меньшинств. Самое большое предубеждение в обществе — против больных шизофренией. Они наиболее бесправны политически и экономически, они редко когда могут постоять за свои права... Это наиболее обездоленная часть нашего общества». Безумие мы победим только тогда, когда те из нас, кому посчастливилось избежать этой болезни, докажут, насколько они являются разумными.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ЗАКОН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ[1]
О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании

Признавая высокую ценность для каждого человека здоровья вообще и психического здоровья в особенности;

учитывая, что психическое расстройство может изменять отношения человека к жизни, самому себе и обществу, а также отношение общества к человеку;

отмечая, что отсутствие должного законодательного регулирования психиатрической помощи может быть одной из причин использования ее в немедицинских целях, наносить ущерб здоровью, человеческому достоинству и правам граждан, а также международному престижу государства;

принимая во внимание необходимость реализации в законодательстве Российской Федерации признанных международным сообществом и Конституцией Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина,

Верховный Совет Российской Федерации принимает настоящий Закон.

РАЗДЕЛ I

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Психиатрическая помощь и принципы ее оказания

(1) Психиатрическая помощь включает в себя обследование психического здоровья граждан по основаниям и в порядке, установленным настоящим Законом и другими законами Российской Федерации, диагностику психических

1. Печатается по изд. «Ведомости Съезда народных депутатом РОССИЙСКОЙ Федерации и Верховного Совета Российской Федерации», 1992 г. № 33, ст. 1913-1914.

расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

(2) Психиатрическая помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, гарантируется государством и осуществляется на основе принципов законности, гуманности и соблюдения прав человека и гражданина.

Статья 2. Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи

(1) Законодательство Российской Федерации о психиатрической помощи состоит из настоящего Закона и других законодательных актов Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации, а также правовых актов автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга.

(2) Правительство Российской Федерации и правительства республик в составе Российской Федерации, а также министерства и ведомства вправе принимать правовые акты о психиатрической помощи в пределах своей компетенции.

(3) Законодательные и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации и республиках в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округах, краях, областях, городах Москве и Санкт-Петербурге, не могут ограничивать права граждан и гарантии их соблюдения при оказании психиатрической помощи, предусмотренные настоящим Законом.

(4) Если международным договором, в котором участвует Российская Федерация, установлены иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации о психиатрической помощи, то применяются правила международного договора.

Статья 3. Применение настоящего Закона

(1) Настоящий Закон распространяется на граждан Российской Федерации при оказании им психиатрической помощи и применяется в отношении всех учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь на территории Российской Федерации.

(2) Иностранные граждане и лица без гражданства, находящиеся на территории Российской Федерации, при

оказании им психиатрической помощи пользуются всеми правами, установленными настоящим Законом, наравне с гражданами Российской Федерации.

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица или с его согласия, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(2) Несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет, а также лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, психиатрическая помощь оказывается по просьбе или с согласия их законных представителей в порядке, предусмотренном настоящим Законом.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации, Конституциями республик в составе Российской Федерации, законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

содержание в психиатрическом стационаре только в течение срока, необходимого для обследования и лечения;

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний медицинских средств и методов, научных исследований или учебного процесса, от фото-, видео- или киносъемки;

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением в психиатрическом стационаре либо в психоневрологическом учреждении для социального обеспечения или специального обучения не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Статья 6. Ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности

(1) Гражданин может быть временно (на срок не более пяти лет **и** с правом последующего переосвидетельствования) признан непригодным вследствие психического расстройства к выполнению отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности. Такое решение принимается врачебной комиссией, уполномоченной на то органом здравоохранения, на основании оценки состояния психического здоровья гражданина в соответствии с перечнем медицинских психиатрических противопоказаний и может быть обжаловано в суд.

(2) Перечень медицинских психиатрических противопоказаний для осуществления отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, утверждается Правительством Российской Федерации и периодически (не реже одного раза в пять лет) пересматривается с учетом накопленного опыта и научных достижений.

Статья 7. Представительство граждан, которым оказывается психиатрическая помощь

О) Гражданин при оказании ему психиатрической помощи вправе пригласить по своему выбору представителя для защиты своих прав и законных интересов. Оформление представительства производится в порядке, установленном гражданским и гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

(2) Защиту прав и законных интересов несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет и лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, при оказании им психиатрической помощи осуществляют их законные представители (родители, усыновители, опекуны), а в случае их отсутствия — администрация психиатрического стационара либо психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения.

(3) Защиту прав и законных интересов гражданина при оказании ему психиатрической помощи может осуществлять адвокат. Порядок приглашения адвоката и оплаты его услуг предусматривается законодательством Российской Федерации. Администрация учреждения, оказывающего психиатрическую помощь, обеспечивает возможность приглашения адвоката, за исключением неотложных случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой статьи 23 и пунктом «а» статьи 29 настоящего Закона.

Статья 8. Запрещение требования сведений о состоянии психического здоровья

При реализации гражданином своих прав и свобод требования предоставления сведений о состоянии его психического здоровья либо обследования его врачом-психиатром

допускаются лишь в случаях, установленных законами Российской Федерации.

Статья 9. Сохранение врачебной тайны при оказании психиатрической помощи

Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Статья 10. Диагностика и лечение лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Диагноз психического расстройства ставится в соответствии с общепризнанными международными стандартами и не может основываться только на несогласии гражданина с принятыми в обществе моральными, культурными, политическими или религиозными ценностями либо на иных причинах, непосредственно не связанных с состоянием его психического здоровья.

(2) Для диагностики и лечения лица, страдающего психическим расстройством, применяются медицинские средства и методы, разрешенные в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о здравоохранении.

(3) Медицинские средства и методы применяются только в диагностических и лечебных целях в соответствии с характером болезненных расстройств и не должны использоваться для наказания лица, страдающего психическим расстройством, или в интересах других лиц.

Статья 11. Согласие на лечение

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, проводится после получения его письменного согласия,

за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи. (2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Согласие на лечение несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет, а также лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, дается их законными представителями после сообщения им сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи.

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом РСФСР, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях, кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний медицинских средств и методов не допускаются.

Статья 12. Отказ от лечения

(1) Лицо, страдающее психическим расстройством, или его законный представитель имеет право отказаться от предлагаемого лечения или прекратить его, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой статьи 11 настоящего Закона.

(2) Лицу, отказывающемуся от лечения, либо его законному представителю должны быть разъяснены возможные

последствия прекращения лечения.. Отказ от лечения с указанием сведений о возможных последствиях оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 13. Принудительные меры медицинского характера

(1) Принудительные меры медицинского характера применяются по решению суда в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, по основаниям и в порядке, установленным Уголовным кодексом РСФСР и уголовно-процессуальным кодексом РСФСР.

(2) Принудительные меры медицинского характера осуществляются в психиатрических учреждениях органов здравоохранения. Лица, помещенные в психиатрический стационар по решению суда о применении принудительных мер медицинского характера, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона. Они признаются нетрудоспособными на весь период пребывания в психиатрическом стационаре и имеют право на пособие по государственному социальному страхованию или пенсию на общих основаниях.

Статья 14. Судебно-психиатрическая экспертиза

Судебно-психиатрическая экспертиза по уголовным **и** гражданским делам производится по основаниям и в порядке, предусмотренным Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР и Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 15. Психиатрическое обследование для решения вопроса о годности гражданина к службе в качестве военнослужащего

Основания и порядок амбулаторного и стационарного обследования при решении вопроса о годности гражданина по состоянию его психического здоровья к службе в качестве военнослужащего Вооруженных сил, войск и органов безопасности, внутренних войск, железнодорожных войск и других воинских формирований, лиц начальствующего **и** рядового состава органов внутренних дел определяются на-

стоящим Законом и законодательством Российской Федерации о военной службе.

РАЗДЕЛ II

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ И СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной защиты, гарантируемые государством

(1) Государством гарантируются:

неотложная психиатрическая помощь;

консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях;

все виды психиатрической экспертизы, определение временной нетрудоспособности;

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в психиатрических и психоневрологических учреждениях;

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психиатрическими расстройствами, а также уход за ними;

обучение инвалидов и несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной защиты государство:

создает все виды учреждений, оказывающих внебольничную и стационарную психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

организует общеобразовательное и профессиональное обучение несовершеннолетних, страдающих психическими расстройствами;

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, обучения новым профессиям и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Обеспечение всеми видами психиатрической помощи и социальной защиты лиц, страдающих психическими расстройствами, осуществляется федеральными органами государственной власти и управления, органами государственной власти и управления республик в составе Российской Федерации, автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, органами местного самоуправления в соответствии с их компетенцией, определяемой законодательством Российской Федерации.

Статья 17. Финансирование психиатрической помощи

Финансирование деятельности учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляется из фонда здравоохранения, фонда медицинского страхования и иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации, в размерах, обеспечивающих гарантированный уровень и высокое качество психиатрической помощи.

РАЗДЕЛ III

УЧРЕЖДЕНИЯ И ЛИЦА, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Статья 18. Учреждения и лица, оказывающие психиатрическую помощь

(1) Психиатрическую помощь оказывают получившие на это разрешение государственные, негосударственные психиатрические и психоневрологические учреждения и частнопрактикующие врачи-психиатры. Порядок выдачи лицензий на деятельность по оказанию психиатрической помощи устанавливается законодательством Российской Федерации.

(2) Виды психиатрической помощи, оказываемые психиатрическими и психоневрологическими учреждениями или частнопрактикующими врачами-психиатрами, указываются в уставных документах или лицензиях; информация о них должна быть доступна посетителям.

Статья 19. Право на деятельность по оказанию психиатрической помощи

(1) Право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(2) Иные специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами.

(3) Деятельность врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала по оказанию психиатрической помощи основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом.

Статья 20. Права и **обязанности медицинских работников и иных специалистов при оказании психиатрической помощи**

(1) Профессиональные права и обязанности врача-психиатра, иных специалистов и медицинского персонала при оказании психиатрической помощи устанавливаются законодательством Российской Федерации о здравоохранении и настоящим Законом.

(2) Установление диагноза психического заболевания, принятие решения об оказании психиатрической помощи в недобровольном порядке либо дача заключения для рассмотрения этого вопроса являются исключительным правом врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

(3) Заключение врача другой специальности о состоянии психического здоровья лица носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и законных интересов, а также для Предоставления ему льгот, предусмотренных законом для лиц, страдающих психическими расстройствами.

Статья 21. Независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи

(1) При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

(2) Врач-психиатр, мнение которого не совпадает с решением врачебной комиссии, вправе дать свое заключение, которое приобщается к медицинской документации.

Статья 22. Гарантии и льготы врачам-психиатрам, иным специалистам, медицинскому и другому персоналу, участвующим в оказании психиатрической помощи

Врачи-психиатры, иные специалисты, медицинский и другой персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, имеют право на льготы, установленные законодательством Российской Федерации для лиц, занятых деятельностью в особых условиях труда, а также подлежат обязательному государственному страхованию на случай

причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

В случае причинения вреда здоровью, повлекшего временную утрату трудоспособности лица, участвующего в оказании психиатрической помощи, ему выплачивается страховая сумма в пределах его годового денежного содержания в зависимости от тяжести причиненного ущерба. При наступлении инвалидности страховая сумма выплачивается в размере от годового до пятилетнего денежного содержания в зависимости от степени утраты трудоспособности лица, а в случае его смерти страховая сумма выплачивается его наследникам в размере десятикратного годового денежного содержания.

РАЗДЕЛ IV

ВИДЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПОРЯДОК ЕЕ ОКАЗАНИЯ

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование, а также профилактические осмотры проводятся по просьбе или с согласия обследуемого; в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя; в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя освидетельствование несовершеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев,

предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр, в письменном виде, мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и

другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 26. Виды амбулаторной психиатрической помощи

(1) Амбулаторная психиатрическая помощь лицу, страдающему психическим расстройством, в зависимости от медицинских показаний оказывается в виде консультативно-лечебной помощи или диспансерного наблюдения.

(2) Консультативно-лечебная помощь оказывается врачом-психиатром при самостоятельном обращении лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе или с его согласия, а в отношении несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет — по просьбе или с согласия его родителей либо иного законного представителя.

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, **предусмотренных** частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопроса о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначаемой администрацией психиатрического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь, или комиссией врачей-психиатров, назначаемой органом здравоохранения.

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Ре-

шение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения амбулаторная психиатрическая помощь по просьбе или с согласия лица либо по просьбе или с согласия его законного представителя оказывается в консультативно-лечебном виде. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

Статья 28. Основания для госпитализации в психиатрический стационар

(1) Основаниями для госпитализации в психиатрический стационар являются наличие у лица психического расстройства и решение врача-психиатра о проведении обследования или лечения в стационарных условиях либо постановление судьи.

(2) Основанием для помещения в психиатрический стационар может быть также необходимость проведения психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, установленных законами Российской Федерации.

(3) Помещение лица в психиатрический стационар, за исключением случаев, предусмотренных статьей 29 настоящего Закона, осуществляется добровольно — по его просьбе или с его согласия.

(4) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его родителей или иного законного представителя. Лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещается в психиатрический стационар по просьбе или с согласия его законного представителя. В случае воз-

ражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя помещение несовершеннолетнего в психиатрический стационар проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд.

(5) Полученное согласие на госпитализацию оформляется записью в медицинской документации за подписью лица или его законного представителя и врача-психиатра.

Статья 29. Основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в психиатрический стационар без его согласия или без согласия его законного представителя до постановления судьи, если его обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Статья 30. Меры обеспечения безопасности при оказании психиатрической помощи

(1) Стационарная психиатрическая помощь осуществляется в наименее ограничительных условиях, обеспечивающих безопасность госпитализированного лица и других лиц, при соблюдении медицинским персоналом его прав и законных интересов.

(2) Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре применяются только в тех случаях, формах и на тот период времени, когда, по мнению врача-психиатра, иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредст-

венную опасность для него или других лиц, и осуществляющиеся при постоянном контроле медицинского персонала. О формах и времени применения мер физического стеснения или изоляции делается запись в медицинской документации.

(3) Сотрудники милиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия для доступа к госпитализируемому лицу И его осмотра. В случаях необходимости предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации, сотрудники милиции действуют в порядке, установленном Законом РСФСР «О милиции».

Статья 31. Освидетельствование несовершеннолетних и лиц, признанных недееспособными, помещенных в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей

(1) Несовершеннолетний в возрасте до 15 лет и лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, помещенные в психиатрический стационар по просьбе или с согласия их законных представителей, подлежат обязательному освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения в порядке, предусмотренном частью первой статьи 32 настоящего Закона. В течение первых шести месяцев эти лица подлежат освидетельствованию комиссией врачей-психиатров не реже одного раза в месяц для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(2) В случае обнаружения комиссией врачей-психиатров или администрацией психиатрического стационара злоупотреблений, допущенных при госпитализации законными представителями несовершеннолетнего в возрасте до 15 лет либо лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, администрация психиатрического стацио-

нара извещает об этом орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного.

Статья 32. Освидетельствование лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке

(1) Лицо, помещенное в психиатрический стационар по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в психиатрическом стационаре, он подлежит немедленной выписке.

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в нем.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения.

(2) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо.

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализация в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении.

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении.

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре.

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом РСФСР.

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке продолжается только в течение

времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(2) Лицо, помещенное в психиатрический стационар в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(3) По истечении шести месяцев с момента помещения лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется администрацией психиатрического стационара в суд по месту нахождения психиатрического учреждения. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33 — 35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, помещенного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели помещения его в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе:

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату;

встречаться с адвокатом и священнослужителем наедине;

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, по согласованию с администрацией иметь религиозные атрибутику и литературу;

выписывать газеты и журналы;

получать образование по программе общеобразовательной школы или специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития, если пациент не достиг 18 лет;

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Статья 38. Служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах

(1) Государством создается независимая от органов здравоохранения служба защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах.

(2) Представители этой службы защищают права пациентов, находящихся в психиатрических стационарах, принимают их жалобы и заявления, которые разрешают с администрацией данного психиатрического учреждения либо направляют в зависимости от их характера в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру или суд.

Статья 39. Обязанности администрации и медицинского персонала психиатрического стационара

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе:

обеспечить находящихся в психиатрическом стационаре пациентов необходимой медицинской помощью;

предоставлять возможность ознакомления с текстом настоящего Закона, правилами внутреннего распорядка данного психиатрического стационара, адресами и телефонами государственных и общественных органов, учреждений, организаций и должностных лиц, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

обеспечивать условия для переписки, направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату;

в течение 24 часов с момента поступления пациента в психиатрический стационар в недобровольном порядке принимать меры по оповещению его родственников, законного представителя или иного лица по его указанию;

информировать родственников или законного представителя пациента, а также иное лицо по его указанию об изменениях состояния его здоровья и чрезвычайных происшествиях с ним;

обеспечивать безопасность нахождения в стационаре пациентов, контролировать содержание посылок и передач;

выполнять функции законного представителя в отношении пациентов, признанных в установленном законом порядке недееспособными, но не имеющих такого представителя;

устанавливать и разъяснять верующим пациентам правила, которые должны в интересах других находящихся в психиатрическом стационаре пациентов соблюдаться при исполнении религиозных обрядов, и порядок приглашения священнослужителя, содействовать в осуществлении права на свободу совести верующих и атеистов;

выполнять иные обязанности, установленные настоящим Законом.

Статья 40. Выписка из психиатрического стационара

(1) Выписка пациента из психиатрического стационара производится в случаях выздоровления или улучшения его психического состояния, при котором не требуется дальнейшего стационарного лечения, а также завершения обследования или экспертизы, явившихся основаниями для помещения в стационар.

(2) Выписка пациента, добровольно находящегося в психиатрическом стационаре, проводится по его личному заявлению, заявлению его законного представителя или по решению лечащего врача.

(3) Выписка пациента, госпитализированного в психиатрический стационар в недобровольном порядке, производится по заключению комиссии врачей-психиатров или постановлению судьи об отказе в продлении такой госпитализации.

(4) Выписка пациента, к которому по решению суда применены принудительные меры медицинского характера, производится только по решению суда.

(5) Пациенту, помещенному в психиатрический стационар добровольно, может быть отказано в выписке, если комиссией врачей-психиатров психиатрического учреждения будут установлены основания для госпитализации в недобровольном порядке, предусмотренные статьей 29 настоящего Закона. В таком случае вопросы его пребывания в психиатрическом стационаре, продления госпитализации и выписки из стационара решаются в порядке, установленном статьями 32—36 и частью третьей статьи 40 настоящего Закона.

Статья 41. Основания и порядок помещения лиц в психиатрические учреждения для социального обеспечения

(1) Основаниями для помещения в психиатрическое учреждение для социального обеспечения являются личное заявление лица, страдающего психическим расстройством, и заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра, а для несовершеннолетнего в возрасте до 18 лет или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, — решение органа опеки и попечительства, принятое на основании заключения врачебной комиссии с

участием врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о наличии у лица психического расстройства, лишающего его возможности находиться в неспециализированном учреждении для социального обеспечения, а в отношении дееспособного лица — также и об отсутствии оснований для постановки перед судом вопроса о признании его недееспособным.

(2) Орган опеки и попечительства обязан принимать меры для охраны имущественных интересов лиц, помещаемых в психиатрические учреждения для социального обеспечения.

Статья 42. Основания и порядок помещения несовершеннолетних в психиатрическое учреждение для специального обучения

Основаниями для помещения несовершеннолетнего **в** возрасте до 18 лет, страдающего психическим расстройством, в психиатрическое учреждение для специального обучения являются заявление его родителей либо иного законного представителя и обязательное заключение комиссии, состоящей из психолога, педагога и врача-психиатра. Заключение должно содержать сведения о необходимости обучения несовершеннолетнего в условиях специальной школы для детей с нарушением интеллектуального развития.

Статья 43. Права лиц, проживающих в психиатрических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, и обязанности администрации этих учреждений

(1) Лица, проживающие в психоневрологических учреждениях для социального обеспечения или специального обучения, пользуются правами, предусмотренными статьей 37 настоящего Закона.

(2) Обязанности администрации и персонала психиатрического учреждения для социального обеспечения или специального обучения по созданию условий для реализации прав лиц, проживающих в нем, устанавливаются статьей 39 настоящего Закона, а также законодательством Российской Федерации о социальном обеспечении и об образовании.

(3) Администрация психоневрологического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

обязана не реже одного раза в год проводить освидетельствование лиц, проживающих в нем, врачебной комиссией с участием врача-психиатра с целью решения вопроса об их дальнейшем содержании в этом учреждении, а также о возможности пересмотра решений об их недееспособности.

Статья 44. Перевод и выписка из психиатрического учреждения для социального обеспечения или специального обучения

(1) Основанием для перевода лица из психиатрического учреждения для социального обеспечения или специального обучения в аналогичное учреждение общего типа является заключение врачебной комиссии с участием врача-психиатра об отсутствии медицинских показаний к проживанию либо обучению в специализированном психиатрическом учреждении.

(2) Выписка из психиатрического учреждения для социального обеспечения или специального обучения производится:

по личному заявлению лица при наличии заключения врачебной комиссии с участием врача-психиатра о том, что по состоянию здоровья лицо способно проживать самостоятельно;

по заявлению родителей, иных родственников или законного представителя, обязующихся осуществлять уход за выписываемым несовершеннолетним в возрасте до 18 лет либо за лицом, признанным в установленном законом порядке недееспособным.

РАЗДЕЛ V

КОНТРОЛЬ И ПРОКУРОРСКИЙ НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 45. Контроль и прокурорский надзор за оказанием психиатрической помощи

(1) Контроль за деятельностью учреждений и лиц, оказывающих психиатрическую помощь, осуществляют органы местного самоуправления.

(2) Контроль за деятельностью психиатрических и психоневрологических учреждений осуществляют федеральные, республиканские (республик в составе Российской Федерации), автономной области, автономных округов, краевые, областные, городов Москвы и Санкт-Петербурга органы здравоохранения, социального обеспечения и образования, а также министерства и ведомства, имеющие такие учреждения.

(3) Надзор за соблюдением законности при оказании психиатрической помощи осуществляется Генеральным прокурором Российской Федерации, прокурорами республик в составе Российской Федерации и подчиненными им прокурорами.

Статья 46. Контроль общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи

(1) Общественные объединения врачей-психиатров, иные общественные объединения в соответствии со своими уставами (положениями) могут осуществлять контроль за соблюдением прав и законных интересов граждан по их просьбе или с их согласия при оказании им психиатрической помощи. Право посещения психиатрических и психоневрологических учреждений должно быть отражено в уставах (положениях) этих объединений и согласовано с органами, в ведении которых находятся психиатрические и психоневрологические учреждения.

(2) Представители общественных объединений обязаны согласовать условия посещения с администрацией психиатрического или психоневрологического учреждения, ознакомиться с правилами, действующими в нем, выполнять их и подписать обязательство о неразглашении врачебной тайны.

РАЗДЕЛ VI

ОБЖАЛОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Статья 47. Порядок и сроки обжалования

(1) Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования,

врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору.

(2) Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы.

(3) Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

Статья 48. Порядок рассмотрения жалобы в суде

(1) Жалобы на действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, а также врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, рассматриваются судом в порядке, предусмотренном главой 24^1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР и настоящей статьей.

(2) Участие в рассмотрении жалобы лица, чьи права и законные интересы нарушены, если позволяет его психическое состояние, его представителя, лица, чьи действия обжалуются, или его представителя, а также прокурора является обязательным.

(3) Расходы, связанные с рассмотрением жалобы в суде, несет государство.

Статья 49. Порядок рассмотрения жалобы в вышестоящем органе (вышестоящим должностным лицом)

(1) Жалоба, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рассматривается в десятидневный срок с момента обращения.

(2) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе.

(3) Копия решения вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются.

(4) Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном главой 24^1 Гражданского процессуального кодекса РСФСР

Статья 50. Ответственность за нарушение настоящего Закона

Уголовная ответственность за нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации. Административная и иная ответственность **за** нарушение настоящего Закона устанавливается законодательством Российской Федерации и республик в составе Российской Федерации.

Президент Российской Федерации Б. ЕЛЬЦИН

Москва, Дом Советов России.
2 июля 1992 года № 3185-1

Приложение 2

Общественное объединение НИМБ — содружество семей с больными психическими заболеваниями

НИМБ (Нравственность, Инициатива, Милосердие, Благотворительность) — это негосударственная некоммерческая организация, где работа строится на добровольных началах. Учреждена она близкими родственниками взрослых психически больных людей. Устав объединения как общественной организации официально зарегистрирован 4 сентября 1992 года Управлением юстиции мэрии Санкт-Петербурга (свидетельство о регистрации № 76), и объединению НИМБ придан статус юридического лица. Адрес объединения: Санкт-Петербург, 196211, проспект Юрия Гагарина, 11, корпус 3. Контактный телефон: (812) 173-96-66.

Основными целями НИМБа являются защита прав и постоянная всевозможная помощь семьям, где есть больные психическими заболеваниями, самим больным и их опекунам, создание в обществе необходимых правовых и этических основ для обеспечения достойного качества жизни психически больных и их близких, а также постоянное привлечение внимания общества к проблемам семей, где имеются взрослые больные.

В задачу организации входит разработка и реализация собственных проектов оказания поддержки пациентам и их семьям, объединение своих членов для ведения хозяйственной и производственной деятельности, а также привлечение от отечественных и зарубежных партнеров необходимых материальных и финансовых средств.

Высший орган управления организации — общее собрание ее членов, а в период между собраниями — правление во главе с руководителем. Деятельность правления контролируется ревизионной комиссией. Членами содружества семей больных психическими заболеваниями могут стать родители больных, их родственники, опекуны и сами больные, выполняющие Устав организации, в возрасте от 18 лет. Члены организации уплачивают вступительный взнос и платят небольшие ежемесячные взносы.

НИМБ наладил широкие международные связи с аналогичными организациями за рубежом и обменивается с ними опытом и информацией. Большую роль в становлении и укреплении объединения сыграла состоявшаяся в мае 1992 года встреча с президентом Всемирной организации друзей больных шизофренией Джеральдин Маршалл и немного позднее — с членами американского Союза помощи душевнобольным. Большое влияние на развитие объединения оказывает сотрудничество с международными организациями «Женевская инициатива» (Амстердам) и «Гамлет Траст» (Лондон).

Таким образом, впервые в истории Ленинграда и Санкт-Петербурга создана общественная организация, члены которой объединились для активной защиты прав психически больных людей, для отстаивания правовых и этических норм отношений к инвалидам по психическим заболеваниям, для оказания психологической и материальной помощи самим больным и их семьям. Задачей этой организации является не только обращение к государству за помощью, но и, прежде всего, влияние на органы государственной власти в целях защиты интересов больных. Во всей своей деятельности НИМБ стремится работать в тесном сотрудничестве со всеми учреждениями психиатрической помощи города и области.

В настоящее время НИМБ разрабатывает проект создания центров социальной реабилитации и адаптации для душевнобольных и остро нуждается в привлечении к этой работе заинтересованных и инициативных лиц, а также в денежных средствах. Расчетный счет в спецфилиале ОСБ Московского р-на Санкт-Петербурга № 1877: корреспондетский счет № 600 164 453, С/К/С 000 162 324, МФО 044 030 653, расч. счет № 000 468 974.

Родственники, друзья и опекуны тех, кто не может помочь себе сам, тех, чье психическое здоровье нарушено!

Наша цель — помочь больным преодолеть тяготы заболевания, помочь им адаптироваться в обществе здоровых людей, помочь им как материально, так и лекарствами.

Присоединяйтесь к нам! Сообща легче и быстрее добиться улучшения жизни наших родных и друзей.

Руководитель-организатор НИМБа Б. С. Лейкина

Приложение 3

КУДА ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ

В Москве

Ситуация/Учреждение	Телефон
Медицинская помощь	
Диспансеры психоневрологические	
Административных округов:	
Восточного	
№ 8. 107258, Игральная ул., 8	
Регистратура	169-41 -60
Старшая медсестра	169-33-02
Главный врач	169-40-00
№ 9. 105275, Окружной пр., 34	
Регистратура	365-15-36
Старшая медсестра	365-11-36
Главный врач	365-10-58
Западного	
№ 1. 119285, Мосфильмовская ул., 6	
Регистратура	143-49-14
Главный врач	143-22-75
№ 24. 119633, Боровское шоссе, 54	
Регистратура	733-52-45
Главный врач	733-52-48
Зеленоградского	
№ 22. 103617, г. Зеленоград, к. 1460	
Регистратура	537-01 -73
Старшая медсестра	537-01-10
Главный врач	537-03-31
Стационар. 103536, Зеленоград, Московский пр., 1	
Детское отделение	534-93-42

Женское отделение	534-08-53
Мужское отделение	534-44-23

Северного

№ 4. 125493, Смольная ул., 5

Регистратура	452-51-11
Старшая медсестра	452-42-90
Главный врач	452-58-01

№ 5. 125422, ул. Костякова, 8/6

Регистратура	976-15-92
Помощь на дому	976-48-67
Главный врач	976-11-00

Северо-восточного

N° 7. 129515, ул. Академика Королева, 9, кор. 1

Регистратура	282-85-76
Главный врач	282-92-80

Стационар дневной. 129041, Орлово-Давыдовский пер, 2а, строен. 2

Приемное отделение	280-36-22

№ 16. 129226, 1-й пр. Леонова, 1

Справочная	187-94-09
Регистратура	187-96-11
Стационар дневной	187-65-11
Главный врач	181-00-68

№ 19. 127572, Алтуфьевское шоссе, 149

Справочная	409-54-01
	400-47-47
Старшая медсестра	400-47-55
Стационар дневной	400-47-56
Главный врач	409-54-00

Северо-западного

№ 17. 123362, ул. Свободы, 24/9

Регистратура	491-11-25
Стационар дневной	490-39-41
Старшая медсестра	490-15-33
Главный врач	490-15-31

Центрального

№ 2. 121099, Смоленская пл., 13/21

Регистратура	248-79-35
Помощь на дому	248-79-26
Старшая медсестра	248-79-17
Главный врач	248-79-80

Стационар дневной. 121096, 2-я Филевская ул., 7/19, кор. 6

Заведующий	146-24-15

№ 3. 123557, М. Грузинская ул., 23

Регистратура	252-35-61
Стационар дневной	255-16-32
Дежурная медсестра	252-32-68
Главный врач	255-11-84

№ 6. 103055, ул. Палиха, 3

Регистратура	251-02-31
Главный врач	978-42-92

№ 14. 103006, ул. М. Дмитровка (ул. Чехова), 9

Регистратура	299-50-06
Стационар дневной	299-46-18
Старшая медсестра	299-98-70
Главный врач	299-82-35

№ 15. 101000, Армянский пер., 3/5, строен. 4

Регистратура	923-58-53
Главный врач	928-74-18

№ 23. 119146, Фрунзенская наб., 24/1

Регистратура	242-56-88
Стационар дневной	257-26-24
Главный врач	242-47-35

Юго-восточного

№ 10. 109193, ул. Петра Романова, 2, кор. 1

Регистратура	279-44-85
Старшая медсестра	279-38-02
Главный врач	279-38-00

№ 11. 109029, Ср. Калитниковская ул., 29
Регистратура 270-85-21
Доврачебный кабинет 270-85-18
Стационар дневной 911-14-36
Главный врач 911-17-34
№ 12. 111020, Юрьевский пер., 20
Справочная 360-14-79
360-31-35
Главный врач 360-42-23
№ 20. 109462, Волжский бульв., 27, кор. 4
Справочная 179-25-13
Регистратура 179-17-12
Стационар дневной 178-96-25
Главный врач 179-31-81
Юго-западного
№ 13. 117418, Зюзинская ул., 1
Регистратура 120-05-62
Помощь на дому 120-83-32
Главный врач 120-22-55
Южного
№ 18. 115522, Пролетарский пр., 4
Регистратура 324-78-07
Помощь на дому 324-71-23
Главный врач 324-04-70
Балашихинский. 143900, Балашиха, 2-я Советская ул., 4
Регистратура 529-24-79
Мужское отделение 529-20-24
Женское отделение 529-02-11
Главный врач 529-25-32
Звенигородский ТМК. 143090, Звенигород, ул. Герцена, 15/49
Регистратура 592-69-37
Калининградский. 141070, Калининград, ул. Кирова, 14
Регистратура 516-62-69
Заведующий 516-01-66

Подольский. 142105, Подольск, Литейная ул., 40

Заведующий 137-96-69

Больницы психоневрологические:

№ 18 (детская). 117604, Мичуринский пр., 74

Справочная 430-80-40
Приемное отделение 430-80-90
Главный врач 430-93-78
Поликлиническое отделение
Регистратура 430-02-29
Заведующий 430-80-10

№ 32 (детская). 111116, Энергетическая ул., 8, кор. 2

Приемное отделение 362-51-35
Главный врач 362-55-60

Московская областная для детей с поражением центральной нервной системы. 127486, ул. Ивана Сусанина, 1

Регистратура 905-95-63
Секретарь 905-96-11
Главный врач 905-95-90

Больницы психиатрические:

№ 1. Им. Н. А. Алексеева (клиническая). 117334, Загородное шоссе, 2

Справочная 952-88-33
Приемное отделение 952-91-61
Главный врач 952-87-90

№ 1. Московская областная центральная (клиническая). 125083, ул. 8 Марта, 1.

Справочная 212-53-21
Приемное отделение 214-19-11
Главный врач 212-15-22
Диспансерное отделение
Регистратура взрослая 212-23-33
Регистратура детская 212-61-62

№ 2. Им. О. В. Кербикова. 142084, Домодедовский р-н, п/о Добрыниха

Приемное отделение	546-78-26
Секретарь главного врача	546-70-25

№ 3. Им. В. А. Гиляровского. 107076, ул. Матросская Тишина, 20

Справочная	268-08-66
Приемное отделение	268-04-55
Главный врач	268-04-16

№ 4. Им. П. Б. Ганнушкина (клиническая). 107258, Потешная ул., 3

Справочная	963-11 -02
Приемное отделение	963-40-42
Главный врач	963-01-64

№ 5. Московская областная. 141350, Сергиево-Посадский р-н, г. Хотьково

Главный врач	584-55-14

№ 6 (детская). 117334, 5-й Донской пр., 21а

Приемное отделение	952-49-20
Главный врач	954-36-53
Консультативно-диспансерное отделение	
Регистратура	954-37-54

№ 7 (клиническая). 963764, Потешная ул., 5

Приемное отделение	963-11-40
Главный врач	963-76-44

№ 9. Московская областная. 141840, Дмитровский р-н, г. Яхрома, Вокзальная ул., 42а

Главный врач	587-38-48

№ 12 (клиническая). 123367, Волоколамское шоссе, 47

Регистратура	193-04-00
Главный врач	193-72-33

№ 13 (клиническая). 109559, Ставропольская ул., 27

Справочная	358-41-56
Приемное отделение	358-41-47
Главный врач	350-35-80

№ 14 (клиническая). 115477, ул. Бехтерева, 15

Справочная	325-45-22
Приемное отделение	325-29-15
Главный врач	325-39-20

№ 15 (клиническая). 115522, ул. Москворечье, 7

Справочная	324-54-89
Приемное отделение	324-54-59
Главный врач	324-53-89
Консультативно-подростковый центр	
Регистратура	324-41-05
Заведующий	323-99-29

№ 16. 142431, Ногинский р-н, п/о Авдотьино

Главный врач	584-92-20

№ 22. Химкинская. 141400, Химки, ул. Пожарского, 8

Регистратура	570-10-88

№ 23. Областная. 143300, Наро-Фоминский р-н, с. Каменское

Справочная	592-18-29

Моск. железной дороги на ст. Люблино. 109388, Шоссейная ул., 43

Регистратура	354-34-02
Главный врач	354-36-00

Психоневрологические ВТ ЭК:

№ 1. 109462, Волжский бульв., 27, корп. 4	179-25-13
№ 2. 129515, ул. Академика Королева, 9	283-46-19
№ 3. 119285, Мосфильмовская ул., 6	147-01-72
№ 3. 121099, Смоленская пл., 13/21	248-49-82
№ 4. 107258, Игральная ул., 8	169-40-71
№ 5. 125493, Смольная ул., 5	452-38-94
№ 6. 109180, ул. М. Полянка, 9	238-99-08
№ 7. 111020, Юрьевский пер., 20	360-91-10
№ 8. 117418, Зюзинская ул., 1	120-43-33
№ 10. 123557, М. Грузинская ул., 23	255-04-03
№ 10. 123362, ул. Свободы, 24/9	491-33-26

Трудовая реабилитация

Лечебно-трудовые мастерские

Административных округов:

Восточного. 107014, Поперечный просек, 35	268-48-65
Северного. 123060, ул. Маршала Мерецкова, 6	194-24-38
Северо-восточного	
129041, Орлово-Давыдовский пер., 2а, строение 1	280-39-23
129226, 1-й пр. Леонова, 1	181-22-87
Северо-западного. 123362, Подмосковная ул., 5	491-60-10
Центрального	
121309, ул. Барклая, **18/19**	145-20-55
123100, Шмитовский пр., 116	256-55-08 256-02-06
103055, ул. Палиха, 3	251-93-29
103006, ул. М. Дмитровка (ул. Чехова), 23/15	299-87-01 299-53-88
101000, Армянский пер., 7	928-53-34
119048, ул. 10-летия Октября, 2, строение 2	246-76-19
Юго-восточного	
111020, Юрьевский пер., 20	912-55-20
109029, Ср. Калитниковская ул. 29	912-55-20
107005, ул. Радио, 18	261-54-77

В Санкт-Петербурге

Ситуация /Учреждение	Телефон
Исчезновение людей	273-76-87
Несчастные случаи на транспорте	278-30-13
«Скорая помощь»	03
Телефон доверия	213-90-31
Информация Центра здоровья	002
Медицинская помощь	
Петербургская психиатрическая ассоциация	114-76-35
Главный психиатр Санкт-Петербурга	234-23-33
Диспансеры, психоневрологические:	
Василеостровского р-на	218-80-89
Выборгского и Калининского р-нов	554-36-63
Колпинского р-на	484-57-03
Красногвардейского р-на	227-66-46
Ленинского, Кировского и Красносельского р-нов	252-05-47
Московского р-на	264-60-80
Невского р-на	560-35-24
Октябрьского р-на	114-16-03
Петроградского р-на	232-84-65
Петродворцового р-на	427-74-26
Приморского р-на	235-54-51
Пушкинского р-на	470-71-76
Сестрорецкого р-на	237-37-47
Фрунзенского р-на	314-04-21
Центрального р-на	274-04-36
Областной	273-47-93

Психиатрические больницы:

№ 1. Психиатрическая им. Кащенко	568-03-90
№ 2. Психиатрическая Св. Николая Чудотворца	114-10-83
№ 3. Психиатрическая им. Скворцова-Степанова	554-36-42
№ 4. Лиговский пр., 128	164-11-83
№ 5. Набережная р. Фонтанки, 132	251-95-00
№ 6. Набережная Обводного канала, 9	274-29-33
№ 7. Психиатрическая им. акад. И. П. Павлова	335-98-70
Клиника психоневрологического института им. В. М. Бехтерева	567-73-26

Психоневрологические ВТЭК:

№ 1. Фермское шоссе, 34	553-32-94
№ 2. Проспект Газа, 50	252-05-78
№ 4. Подъездной пер., 21	314-04-21
№ 5. Набережная Обводного канала, 13	277-55-67
№ 6. Проспект Юрия Гагарина, 18, корп.3	264-60-80

Трудовая реабилитация

Лечебно-производственные мастерские:

Василеостровского р-на	355-73-15
Выборгского р-на	554-37-12
Ленинского, Кировского и Красносельского р-нов	252-24-35
Московского р-на	295-83-72
Октябрьского р-на	114-29-95
Петроградского р-на	232-29-54
Приморского р-на	235-51-04
Фрунзенского р-на	292-33-92
Лечебно-производственный комбинат при НИИ им. В. М. Бехтерева	567-95-70

Социальная и медицинская помощь

Психоневрологические интернаты:

№ 1. Улица Смольного, 4	311-23-20
№ 2. Стрельна, Ленинградское шоссе, 130	427-61-18
№ 3. Петродворец, Заячий проезд, 3	427-24-44
№ 4. Пушкин, ул. Маяковского, 67	465-59-73
№ 6. Пос. Смолячково, Приморское шоссе, 675	231-24-65
№ 7. Пр. Ветеранов, 180	144-37-96
№ 9. Красное село, ул. Красногородская, 1	132-80-57
№ 10. Ул. Коллонтай, 36	588-39-13

Социальная и гуманитарная помощь

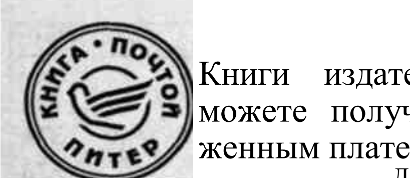
Государственные органы:

Комитет по социальным вопросам мэрии Санкт-Петербурга (отдел инвалидов)	278-18-24
Управление юстиции мэрии Санкт-Петербурга	312-35-77

Благотворительные фонды:

«Невский ангел», Гороховая ул., 3	312-58-92
«Фонд милосердия и здоровья» Санкт-Петербурга и области, Невский пр., 104	272-13-95
НИМБ, Содружество семей с больными психическими заболеваниями, пр. Гагарина, 18, корп. 3	173-96-66 127-67-02

ОГЛАВЛЕНИЕ



Книги издательства «ПИТЕР» Вы можете получить, заказав их наложенным платежом

Для этого заполните подписной купон (печатными буквами) и отправьте его по адресу:

197198, г. Санкт-Петербург, а/я 619 для жителей России
310093, г. Харьков, а/я 9130 для жителей Украины
220012, г. Минск, а/я 104 для жителей Беларуси

Книги будут высланы Вам наложенным платежом по издательским ценам, без торговой наценки. Количество и ассортимент заказываемых книг не ограничивается. Стоимость почтовых расходов составит примерно 50 % от стоимости заказа. Оплата при получении на почте.

Фамилия И. О. ____________ **Фирма** ____________

Тел. ____________ **Факс** ____________ **E-mail** ____________

Адрес: □□□□□□ ____________

Заказываю:

книга	код	кол-во
Соль жизни	361	
Шиацу	356	
Целительные свойства лука	273	
Вторая молодость женщины	191	
Правда о женщинах	269	
Рэйки	323	
Ребенок и стресс	322	
Ревматические болезни	219	
Как прекрасен этот мир, посмотри!	268	
Магические слова	196	
Живите легко и просто!	293	

Медицинская редакция издательства «ПИТЕР»
приглашает к сотрудничеству авторов и переводчиков.
Тел.: (812) 248-4872

Э. Фуллер Торри

ШИЗОФРЕНИЯ

• Как помочь больному шизофренией?
• Как вести себя окружающим?
• Какие методы лечения существуют в настоящее время?

На эти и многие другие вопросы отвечает автор бестселлера, — известный американский психиатр Э. Фуллер Торри.

Изобилующая полезными советами и примерами из жизни, эта, книга станет незаменимым помощником не только для болрных и их родственников, но и для врачей-специалистов.